

بررسی ابعاد اخلاقی هدای جنین و گامت از منظر اصول چهارگانه اخلاق پزشکی

فرین تاتاری^۱

یوسف محمدپور

لیلا افشار

احسان شمسی

محمود عباسی

چکیده

از اواخر قرن بیستم شاهد پیشرفت‌های چشمگیری در حیطه علوم پزشکی و به ویژه پزشکی تولید مثل بوده‌ایم. یکی از مهم‌ترین این پیشرفت‌ها امکان دستیابی به روش‌های مختلف درمان ناباروری است و در حال حاضر همچنان شاهد ارتقا و توسعه این روش‌ها هستیم که افق زندگی زوج‌های نابارور را روشنی بخشیده است. در عین حال استفاده از این روش‌ها، مسائل و ملاحظات اخلاقی و حقوقی متعددی را مطرح کرده است. مهم‌ترین مسائل اخلاقی مربوط به هدای جنین شامل رضایت آگاهانه، غربال اهداکنندگان و گیرندگان، محرمانه‌بودن، مسائل مالی اهدا و سایر مسائل مربوط به گامت یا جنین هدایی می‌باشد.

اگر از دیدگاه اصول چهارگانه اخلاق پزشکی شامل احترام به استقلال فردی^۱، سودرسانی^۲، ضرر نرسانی^۳ و اصل عدالت^۴ که امروزه به طور وسیعی به عنوان راهنما در تصمیم‌گیری‌های عملی در ارتباط با اخلاق پزشکی مورد استناد قرار می‌گیرد به موضوع بنگریم می‌توان گفت:

با توجه به اصل احترام به استقلال فردی، گیرندگان و دهندگان بایستی از آنچه که قصد انجام آن را نموده‌اند. همچنین شرایط آن آگاه باشند، لذا بایستی قبل از آغاز

۱. دانشجوی دکترای تخصصی آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده

Email: tatarif2@mums.ac.ir

مسؤول)

درمان، مشاوره درخصوص فرآیند درمان و خطرات آن به زوجین ارائه گردد. به علاوه با در نظر گرفتن جنبه‌های متنوع موضوع و نتایج مختلف روش‌های درمانی جدید نازایی، تهیه راهنماهای اخلاقی (گاید لاین) ملی در این زمینه ضروری است. همچنین با توجه به اصل احترام به استقلال فردی محرمانگی اطلاعات مربوط به دهندگان و گیرندگان جنین ضروری بوده و لازم است اسناد با محرمانگی بالا حفاظت گردند.

با عنایت به دو اصل سودرسانی و ضرر نرساندن گیرندگان و دهندگان جنین بایستی غربال (بررسی) شوند؛ برخی افراد واجد ویژگی‌ها و شایستگی‌های ضروری شناخته شده و برخی افراد از روند درمان حذف می‌گردند. در زمینه ناشناس بودن اهداکننده و افشا یا عدم افشای راز اهدا برای کودک و دیگران، نظریات متفاوتی ارائه شده است، اما به نظر می‌رسد با توجه به دو اصل عدالت و احترام به استقلال فردی حق فرزند حاصله نسبت به آگاهی از اصل و نسب زیست‌شناختی خود یک ضرورت اخلاقی است. چنانچه در کنوانسیون جهانی جهانی کودک نیز به این حق تصریح شده است. همچنین با توجه به اصل ضرر نرسانی از نظر فقهی و جلوگیری از ازدواج با محارم در آینده و احتمال نیاز فرزند حاصل از اهدا به استفاده از اعضای پیوندی در موارد خاص لازم به نظر می‌رسد که بایستی هویت دهندگان گامت و رویان ثبت شود و نحوه دسترسی به این اطلاعات بر اساس دستورالعمل و قوانین مربوطه، مشخص شود.

بر اساس اصل عدالت بهتر است فرایند به نحوی برنامه‌ریزی شود که امکان جبران هزینه‌های مالی اهداکنندگان فراهم گردد و در عین حال این جبران هزینه به شکل و میزانی نباشد که رضایت آگاهانه فرد را تحت تأثیر قرار دهد. و با توجه به اصل ضرر نرسانی مقدار در نظر گرفته شده نیز طوری انتخاب شود که احتمال تحریک بیش از حد به انجام اهدا و سوء استفاده از آن به حداقل میزان ممکن برسد، لذا برنامه‌ریزی و تعریف قانونی روابط مالی بین فرد اهداکننده و گیرنده تخمک نیز در جهت جلوگیری از هرگونه سوء استفاده راهگشا خواهد بود. بر اساس عدالت و ضرر نرسانی جنین‌های

اهدایی بایستی در شرایط آزمایشگاهی کاملاً استاندارد نگهداری شده و کلیه نکات ایمنی در انتقال آنها لحاظ گردد.

واژگان کلیدی

اهدای جنین، اهدای گامت، اخلاق

مقدمه

مسئله تولید مثل یکی از زیباترین پدیده‌های حیات می‌باشد و داشتن فرزند حق طبیعی هر زوجی است. صاحب فرزند شدن و پروراندن کودک رویدادی مهم در زندگی انسان است و اهداف غایی نظیر کمال، شادی و یکپارچگی خانواده به این امر وابسته‌اند. از اواخر قرن بیستم شاهد پیشرفت‌های چشمگیری در حیطه علوم پزشکی و به ویژه پزشکی تولید مثل بوده‌ایم. یکی از مهم‌ترین این پیشرفت‌ها ارائه روش‌های مختلف درمان ناباروری از سه دهه قبل تاکنون می‌باشد و در حال حاضر همچنان شاهد ارتقا و توسعه جدیدترین روش‌های درمان ناباروری هستیم که افق زندگی زوج‌های نابارور را روشنی بخشیده است.

تحولات ایجاد شده در فناوری، منجر به بروز چالش‌های مهمی در حوزه اخلاق کاربردی شده است و در عین حال موجب نگرانی‌هایی برای حفظ زندگی سالم و اخلاقی انسان شده است. استفاده از فناوری‌های اهدای گامت و جنین موجب طرح مسائل اخلاقی و کلامی چندی شده است. در سال ۱۹۷۸ آنگاه که لوییز براون به کمک لقاح خارج رحمی متولد شد، موجی از مباحث اخلاقی و الهیاتی درباره پیامدهای استفاده از این فناوری برای فرد، جامعه و طبیعت به وجود آمد. (پوربخش و همکاران، ۱۳۸۸ ش.) با گذشت چندین سال، از هیجان این مباحث و گفتگوها کاسته، اما بر غنا، عمق و دقت آن‌ها افزوده شده است.

ناباروری: تاریخچه، علل و روش‌های درمان آن

نازایی به معنی عدم باروری پس از یک سال آمیزش محافظت نشده می‌باشد. ناباروری علل مختلفی دارد و در بسیاری از بیماران، ممکن است بیش از یک علت داشته باشد، لذا تشخیص و درمان آن نیاز به ارزیابی کامل دارد. علل شایع

ناباروری عبارتند از غیر طبیعی بودن اسپرم (۳۰٪ موارد)، نارسایی تخمک و اختلال در تخمک گذاری (۲۵٪ موارد)، چسبندگی های لگن، آندومتر یوز، نارسایی لوله های فالوپ و مشکلات رحمی (۲۰٪ موارد) و در ۲۵٪ موارد عامل به خصوصی را نمی توان به عنوان علت ناباروری تشخیص داد. (دانفورس، ۲۰۱۰ م.)

به طور کلی درمان ناباروری به سه گروه کلی تقسیم می گردد:

۱- رمان دارویی؛

۲- درمان جراحی؛

۳- درمان کمکی تولید مثل.

صرف نظر از دو روش اول و دوم که نتوانسته تأثیر زیادی بر بهبودی ناباروری داشته باشند، روش سوم یعنی استفاده از درمان های کمک باروری امروزه اهمیت زیادی یافته و برای برخی از افراد، باروری تنها با استفاده از گامت یا تخمک اهدایی ممکن می گردد. زمانی که جنین انتقالی حاصل از لقاح تخمک و اسپرم زوجی، غیر از زوج گیرنده باشد، اهدای جنین نامیده می شود. اندیکاسیون های اهدای جنین عبارتند از:

۱- مواردی که احتمال انتقال بیماری های ژنتیکی به نسل بعد وجود دارد (بیماری های اتوزومال غالب) شامل بیماری های ژنتیکی وابسته به جنس نظیر هموفیلی و یا ناهنجاری های مادرزادی که با اهدای جنین قابل برطرف شدن باشد؛

۲- نامشخص بودن الگوی انتقال بیماری های ژنتیکی؛

۳- عدم امکان استفاده از گامت اهدائی به طور مثال آروسپرمی همراه با اختلال ژنتیکی اتوزومال غالب در زن. منبع عمده جنین اهدایی، جنین های اضافی حاصل از لقاح آزمایشگاهی^۵ (IVF) زوجین نابارور می باشد. (دانفورس، ۲۰۱۰ م.؛

انتشارات جهاد دانشگاهی تهران، ۱۳۸۹ ش.)

بر پایه گزارش سازمان جهانی بهداشت به طور تقریبی بیش از هشتاد میلیون زوج در جهان نازا هستند و تقریباً نصف این بیماران به دنبال درمان می‌گردند. (پوربخش و همکاران، ۱۳۸۸ م.)

در آمریکا از هر ۶ زوج ۱ زوج دچار ناباروری بوده و میزان آن در اکثر منابع ۱۵٪ ذکر شده است. (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۱۳ م.؛ وبسایت باروری و ناباروری، ۲۰۱۳ م.)

اطلاعات مربوط به ارائه درمان‌های ناباروری از جمله اهدای جنین از بیش از ۵۰٪ کشورهای دنیا گزارش می‌شود. این اطلاعات شامل قوانین مربوطه یا سایر مستندات می‌باشد. قابل ذکر است که اهدای جنین در ۱۶ کشور دنیا غیر مجاز شناخته شده است که بخش عمده‌ای از این کشورها در اروپا قرار دارند. در عین حال پس از تولد اولین کودک حاصل از اهدای تخمک در جهان در سال ۱۹۸۴ تاکنون بیش از ۲ میلیون کودک در سراسر جهان از طریق فناوری‌های کمک باروری به دنیا آمده‌اند. (سامانی و همکاران، ۲۰۰۹ م.)

همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد که ۲۶۰ مرکز خدمات درمان کمک باروری (ART) در آسیا وجود دارد که نیمی از آنها در ژاپن است. هر مرکز ارائه خدمات درمانی ناباروری تا ۱۳ میلیون جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهد و در حال حاضر این خدمات در ۲۰ کشور آسیایی ارائه می‌شود، گرچه در بیشتر کشورهای آسیایی مراکز دولتی جهت ART وجود ندارد. (اسچنکر و همکاران، ۱۹۹۶ م.) به علاوه این درمان‌ها با هزینه بسیاری همراه است به طوری که امکان دسترسی به آنها برای تمام زوجین نابارور ممکن نمی‌باشد. به عنوان مثال هزینه یک سیکل ART در آمریکا ۱۵۰۰۰ دلار است. (وبسایت باروری و ناباروری، ۲۰۱۳ م.)

ناباروری و تاریخچه درمان آن در ایران

در ایران فرزندی به طور وضوح نقطه اتصال بین زن و شوهر می‌باشد و انتظار می‌رود که زوجین بلافاصله یا حداقل در سال‌های اولیه زندگی دارای فرزند شوند. از این رو، زوجین نازا و به ویژه زنان از طرف خویشاوندان و دوستان خود برای فرزندآوری تحت فشار قرار می‌گیرند.

در ایران بیش از یک و نیم میلیون زوج نابارور وجود دارد. (پوریبخش و همکاران، ۱۳۸۸ م.) نتایج طرح تحقیقاتی بررسی میزان شیوع ناباروری در کشور در سال ۱۳۹۱ نشان می‌دهد که نرخ شیوع ناباروری در کل کشور ۲۰/۲ درصد است که در شهرها نرخ شیوع ۱۹/۹ و در روستاها ۲۲٪ است. (پژوهشکده ابن سینا، ۱۳۹۱ ش.)

در کشور ایران در حال حاضر اهدای جنین امری قانونی به شمار می‌رود، چراکه در تاریخ ۸۲/۴/۲۹ قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور در غالب ۵ ماده در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید. بر این اساس ایران تنها کشور مسلمانی است که برای اهدای جنین به قانون‌گذاری پرداخته است، گرچه این نکته قابل توجه است که سایر درمان‌های ناباروری بدون وجود قانون مدون و بر اساس فتاوی‌ای مراجع دینی انجام می‌شوند. (وبسایت وزارت بهداشت، ۱۳۸۲ ش.؛ روشن، ۱۳۸۶ ش.)

در حدود ۵۰ مرکز درمان ناباروری در ایران وجود دارد که از این جهت همراه با مصر، در بالاترین رتبه در منطقه قرار دارد. بیشتر این مراکز در تهران قرار دارند، هرچند در سایر شهرها هم مراکز نازایی بسیار پیشرفته‌ای وجود دارد، اما تصور بر این است که مراکز شهر تهران تسهیلات بهتری ارائه می‌دهند. بیماران و زوج‌های نابارور از دیگر کشورها نیز جهت درمان نازایی به ایران ارجاع می‌گردند و در واقع ایران قطب درمانی نازایی در خاورمیانه است. با این

وجود حتی در ایران هم دسترسی به خدمات درمانی ناباروری برای همه به ویژه زوج‌های نابارور فقیر امکان‌پذیر نمی‌باشد.

علیرغم وجود این خدمات و قانونی‌شدن اهدای جنین در سال ۱۳۸۲ توسط مجلس شورای اسلامی از آنجا که تصمیم‌گیری در خصوص شیوه فرزندآوری به میزان زیادی به باورهای دینی و ارزش‌های فرهنگی افراد یک جامعه مربوط است، هنوز هم تعدادی از زوج‌های ایرانی باروری با استفاده از گامت و جنین اهدائی را گناه می‌دانند این امر به خصوص در مورد زوج‌هایی که از مجوز شرعی و قانونی آن اطلاعی ندارند شایع‌تر است. بعلاوه بسیاری از زوجین هم از پیامدها و تبعات آینده این درمان‌ها و به ویژه جنین‌اهدایی ترس دارند. (عباسی شوازی، ۲۰۰۸ م.) مطالعه شورابوند و همکاران در خصوص بررسی میزان آگاهی و نگرش جامعه نسبت به روش‌های جدید کمک باروری نشان می‌دهد که بیش از نیمی از زوج‌های نابارور (۵۵/۷ درصد) دانش ضعیفی در خصوص روش‌های کمک باروری داشتند (سهرابوند و همکاران، ۲۰۰۵ م.) و مطالعه قاسمی و همکاران نیز مؤید این می‌باشد که ۲۱٪ از زنان و ۱۴٪ از مردان نابارور تصور می‌کردند که اهدای جنین از نظر شرعی مجاز نمی‌باشد. (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۶ ش.)

ملاحظات اخلاقی اهدا

مهم‌ترین مسائل اخلاقی که بایستی در طول اهدا مد نظر قرار می‌گیرد، شامل موارد ذیل می‌باشد:

- ۱- رضایت آگاهانه شامل (ارائه اطلاعات کافی، بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری زوجین، و تصمیم‌گیری داوطلبانه بودن اقدام آن‌ها به ویژه در مورد زوج اهداکننده)؛
- ۲- ارزیابی و غربالگری اهداکنندگان و گیرندگان جنین؛

- ۳- محرمانه بودن از جمله (محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به دهندگان و گیرندگان و محرمانگی اطلاعات مربوط به فرزند حاصل از اهدا)؛
- ۴- مسائل مالی اهدا؛
- ۵- سایر ملاحظات مربوط به جنین اهدایی (احترام - ایمنی).

۱- رضایت آگاهانه

این موضوع در خصوص درمان‌های ناباروری و به ویژه اهدا به این معناست که زوجین بایستی از روند انجام کار و پیامدهای آن آگاهی کافی داشته باشند. به ویژه در مورد زوج اهداکننده بایستی اطمینان از داوطلبانه بودن اقدام آنان حاصل شود. (خداپرست و همکاران، ۱۳۹۰ ش).

۲- ارزیابی و غربالگری اهداکنندگان و گیرندگان جنین

در مراکز درمان ناباروری بایستی بررسی‌های زیر در مورد زوجین اهداکننده انجام شود:

۱- بررسی از جهت بیماری‌های آمیزشی - عفونی و سوابق ژنتیکی؛

۲- بررسی از نظر بیماری‌های قابل انتقال از طریق اهدا مانند ایدز و هپاتیت. برای زوجین گیرنده اقدامات زیر انجام می‌گردد:

۱- بررسی سوابق بیماری‌های خانوادگی و پزشکی؛

۲- معاینه کامل ژنیتال؛

۳- انجام آزمایش سرمی سرویکوواژینال؛

۴- بررسی از نظر ایدز و هپاتیت؛

۵- شمارش کامل سلول‌های خونی و تعیین گروه خون؛

۶- اندازه گیری قند خون ناشتا و فشار خون در افراد مستعد؛

۷- مشاوره های روانشناختی. (دانفورس، ۲۰۱۰ م؛ روشن، ۱۳۸۶ ش.)

۳- محرمانه بودن

محرمانگی مناقشه برانگیزترین مسائل مربوط به اهدای گامت و جنین است. در این موضوع، محرمانگی به معنای عدم افشای اطلاعات مربوط به اهدا است. این مسأله دو وجه اساسی دارد:

۱- محرمانگی اطلاعات مربوط به دهندگان و گیرندگان جنین؛

۲- محرمانگی اطلاعات مربوط به فرزند حاصل از اهدا.

محرمانه ماندن اطلاعات را می توان به دو بخش تقسیم نمود: بخش اول آن است که آیا ثبت و نگهداری اطلاعات مربوط به هویت اهداکنندگان و دریافت کنندگان گامت و جنین به منظور امکان دستیابی در آینده، برای افرادی که صاحب حق دسترسی شناخته می شوند، به لحاظ اخلاقی درست است؟ و اگر چنین است، چه تمهیداتی برای حفظ این اطلاعات لازم است؟ و بخش دوم آنکه، آیا دریافت کنندگان گامت و جنین اهدایی از نظر اخلاقی موظفند به فرزند حاصله اطلاع دهند که برای به دنیا آمدن او از گامت یا جنین اهدایی استفاده شده است؟ در رابطه با سؤال اول نظرات و قوانین متفاوتی وجود دارد. در اکثر کشورهای اروپای غربی از جمله دانمارک، فرانسه و اسپانیا، اهدای گامت به صورت ناشناس صورت می گیرد. (بی تنز و همکاران، ۲۰۰۰ م.) در کشور آمریکا نیز هرچند تا سال ۱۹۹۸ میلادی قانون رسمی در این زمینه وجود نداشت، اما دستورالعملی در رابطه با اهدای تخمک منتشر شد که ناشناس بودن اهداکننده را توصیه می کرد.

اولین کشوری که شناخته‌بودن اهداکننده را توصیه کرد سوئد بود. طبق قوانین این کشور از سال ۱۹۸۴ فرزندان حاصل از اهدای گامت می‌توانند بعد از سن ۱۸ سالگی به پرونده‌های بیمارستانی جهت دریافت اطلاعات راجع به منشا ژنتیکی و والدین بیولوژیکی خود دسترسی داشته باشند. (پوربخش، ۱۳۸۸ ش.) در انگلستان نیز روش اصلی تا سال ۲۰۰۰ استفاده از اهداکننده ناشناس بود، (برونویچ، ۲۰۰۰ م.) اما پس از آن قانون به این شکل تغییر یافت که کودکانی که از سال ۲۰۰۵ به بعد با استفاده از روش اهدا به دنیا آمده‌اند می‌توانند پس از رسیدن به سن ۱۸ سالگی به اطلاعات اهداکنندگان دسترسی یابند. (افشار و همکاران، ۲۰۱۲ م.)

موافقان محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات معتقدند که با آشکارشدن اطلاعات مربوط به فرایند اهدا مشکلاتی بزرگ مانند تعیین ارث و نسب فرزند حاصل ایجاد می‌شود. این مشکلات می‌توانند افراد را به کلی از اندیشه استفاده از روش‌های کمک باروری بازدارد، زیرا در آینده این عمل آنان را با دشواری‌هایی مواجه خواهد نمود. این اتفاق پس از تصویب قانون در دسترس‌بودن هویت طرفین اهدا در سوئد رخ داد. آمار اهداکنندگان گامت کاهش یافت و برخی نیز که تمایل به اهدا و در عین حال، محرمانه‌ماندن هویت خود داشتند، به این منظور به خارج از کشور رفتند. بیشتر متخصصان درمان ناباروری معتقدند برای پیشگیری از مشکلات بعدی مانند دعاوی افراد علیه یکدیگر باید اطلاعات مربوط به دهندگان و گیرندگان جنین را محرمانه تلقی کرد. مخالفان نیز معتقدند که آشنایی گیرندگان و دهندگان با یکدیگر در ارتباط عاطفی و کمک آنان به هم مؤثر است.

در حال حاضر قانون رسمی در اکثر کشورهای جهان مبتنی بر استفاده از روش اهدا ناشناخته است. در ایران نیز اهدای جنین به روش ناشناخته صورت می‌گیرد و

اطلاعات گیرندگان و دهندگان جز اطلاعات طبقه‌بندی شده تلقی می‌شود. (خداپرست و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

نظرات دهندگان و گیرندگان گامت و جنین نیز در پژوهش‌هایی مورد توجه قرار گرفته است. در مطالعه‌ای در کشور فنلاند ۴۲٪ از گیرندگان تخمک ناشناس، تمایل داشتند که شخص دهنده را ببینند، ولی ۴۸٪ نمی‌خواستند هیچ اطلاعی در مورد فرد دهنده داشته باشند. (سودراستون، ۱۹۹۵ م.)

در ایران نیز مطالعه رمضانزاده و همکاران نشان داد که بیش از ۵۰٪ نمونه‌ها موافق شناخت فرد گیرنده و دهنده نسبت به هم بودند. (رمضانزاده و همکاران، ۱۳۸۸ ش.)

در خصوص این که آیا دریافت‌کنندگان گامت و جنین‌هدایی از نظر اخلاقی موظفند که فرزند حاصله را از فرایند به دنیا آمدنش مطلع نمایند نیز دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد.

در مطالعه‌ای در فنلاند، ۵۹٪ از گیرندگان تخمک، اعتقاد داشتند که باید به فرزند حاصل از اهداء تخمک در مورد منشأ وی توضیح داده شود و ۳۹٪ اعتقاد داشتند که کودک باید اطلاعات مشخصی در مورد اهداکننده داشته باشد. (سودراستون، ۱۹۹۵ م.) مطالعه هان^۷ و همکاران در کشور آمریکا بر روی گیرندگان تخمک‌هدایی، نشان داد که از میان ۵۸ نفر، ۵۶٪ تصمیم به اظهار مطلب به کودک خود داشتند و ۱۸٪ مخالف و ۲۴٪ هم هنوز به تصمیم نهایی نرسیده بودند. (هان و همکاران، ۲۰۰۲ م.) در مطالعه‌ای در انگلستان که گلوبوک^۸ و همکاران روی ۵۰ خانواده که از اسپرم‌هدایی استفاده کرده بودند و ۵ خانواده که با استفاده از تخمک‌هدایی دارای فرزند شده بودند و گروه کنترل طبیعی انجام دادند، نشان دادند که والدین تمایل دارند در این خصوص با فرزند خود صادق و راستگو باشند.

این یافته‌ها نشان می‌دهد که میل گفتن حقیقت به کودکان در والدین افزایش یافته است. علت تفاوت در نتایج مطالعات، تفاوت‌های فرهنگی، تأثیر مذهب و دین، خانواده‌ها و تأثیرگذاری این عوامل بر کیفیت جنبه‌های ارتباطی والدین و فرزند است. (رمضان‌زاده و همکاران، ۱۳۸۸ ش.)

باتنز^۴ و همکاران، یکی از دلایل موافقان اهدای شناخته‌شده را نگرانی والدین در مورد منشأ ژنتیکی کودک و از طرف دیگر، عدم تشابه ظاهری و جسمی کودک و والد مطرح می‌کنند که ممکن است برای خود کودک یا اطرافیان او سؤال برانگیز شود و والدین را مجبور به افشای راز اهدا برای کودک نماید. (بی‌تنز و همکاران، ۲۰۰۰ م.)

حفظ حقوق و رعایت مصالح کودک عاملی مؤثر در قضاوت در مورد محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات در درمان ناباروری به روش اهدای جنین است. مخالفان محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات معتقدند که صداقت حکم می‌کند که اطلاعات مربوط به منشأ بیولوژیک کودک به او گفته شود. حتی اگر این موضوع به وسیله افراد و نهادهای مربوط افشا نشود، ممکن است دیگران آن را افشا کنند و به این شکل، ضربه‌ای به زندگی کودک بزنند. (خداپرست و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) آرامش معتقد است مخفی نگه‌داشتن هویت و مشخصات اهداکننده گامت یا جنین از فرزند حاصل از آن از نظر اخلاقی نادرست است. نگرانی از اختلال‌های ژنتیکی در کودک و ضرورت یافتن منشأ آن، نگرانی از عدم تشابه فرزند با والدین و امکان بروز مشکل برای فرزند در صورت جدایی آن‌ها، دغدغه‌هایی هستند که مخالفان حفظ محرمانگی در اهدای جنین را به این باور سوق می‌دهند. (آرامش، ۱۳۸۷ ش.)

موافقان محرمانگی اطلاعات معتقدند که افشای اطلاعات ممکن است والدین، به ویژه پدر نابارور یا دهندگان جنین را دچار مشکل کند. علاوه بر کودک، باید

نگران وضعیت اخلاقی و روانی سرپرستان او نیز بود که اینک در حکم والدین فرد هستند. (خداپرست و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

مطالعه کوک^{۱۰} و همکاران به توجیه تفاوت‌های فرهنگی و آداب و رسوم اروپای شرقی و غربی از جمله نگرانی شدید والدین از گفتن حقیقت به فرزندانشان و آگاهی آنان از این مسأله در آینده اشاره دارد. چنانچه تمایل خانواده‌های مذهبی در نگه داشتن این راز بیشتر است. همچنین در پژوهش‌های اخیر، محققان معتقدند، گفتن حقیقت به کودکان در مورد نحوه تولدشان تأثیری در کیفیت جنبه‌های روابط والدین با کودکان ندارد. نکته قابل توجه این است که هیچ‌یک از کشورهایی که روش اهدای شناخته شده را پذیرفته‌اند، روش مشخصی را برای افشای اطلاعات به کودک در نظر نگرفته‌اند و تصمیم در مورد این مسأله تنها بر عهده والدین است. (رمضانزاده و همکاران، ۱۳۸۸ ش.)

تعدادی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ارتباط عاطفی کودکان حاصل از اهدا با سرپرستان خود، درست مانند ارتباط کودکان عادی با والدین بیولوژیک آنها است. حتی در برخی موارد روابط گروه اول، چه از سوی فرزند و چه از سوی والدین، گرم‌تر و بهتر از گروه دوم است. اگر اطلاعاتی در مورد منشأ بیولوژیک فرد به او داده نشود، وی می‌تواند در همه طول عمر خویش، خود را فرزند آنان بداند. این پژوهش‌ها اذعان دارند که نگفتن این راز بیولوژیک نه تنها اصل اخلاقی را نقض نمی‌کند، بلکه به گونه‌ای، سلامت روانی فرد را تضمین کرده و شرایط عادی روحی او را ثبات می‌بخشد. به عکس، به نظر می‌رسد ارائه اطلاعات به فرد در این مورد، باعث می‌گردد که او را از شرایط عادی زندگی خارج سازد. (خداپرست و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

۴- مسائل مالی اهداء

از جمله مباحث اخلاقی قابل بحث، مسأله پرداخت وجه مالی در ازای اهدای تخمک یا جنین است. در واقع باید به این نکته توجه داشت که اهداء، فرآیندی تهاجمی و مداخله‌ای است و ممکن است به اهداکننده صدمه برساند و در این فرآیند کیفیت رضایت اهداکننده دارای اهمیت زیادی می‌باشد، به طوری که وجود محرک مالی می‌تواند موجب شود که رضایت آگاهانه و آزادانه او تحت تأثیر قرار گیرد و از طرف دیگر، پرداخت وجه در ازای اهداء می‌تواند به طور اساسی موجب تغییر حالت رابطه اهداکننده با فرآیند درمان شده و فرزندان پدید آمده حاصل، ممکن است از این که روش به دنیا آمدن آن‌ها در ازاء پرداخت پول بوده، دچار مشکل روحی شوند. البته شیوه عمل در این خصوص در کشورهای مختلف متفاوت است. به عنوان مثال در فرانسه اعتقاد بر این است همانطور که از نام اهدا بر می‌آید، این عمل باید رایگان باشد، اما در ایران اکثراً دهندگان مبالغی دریافت می‌کنند. (صفایی، ۱۳۸۶ ش.)

در این خصوص مطالعات چندی انجام شده است.

مطالعه پاتریک^{۱۱} و همکاران در آمریکا، نشان داده است که پاداش مالی اصلی‌ترین انگیزه اهداکنندگان است، در حالی که در اروپا به علت ممنوعیت پاداش مالی، اغلب تنها انگیزه اهداکنندگان نوع دوستی بوده است. (پاتریک و همکاران، ۲۰۰۱ م.)

گرچه مطالعات دیگر به هر دو نوع انگیزه مادی و نوع دوستی اشاره داشته‌اند، در عین حال با وجود انگیزه‌های نوع دوستانه در اهدای تخمک به بستگان و دوستان، اکثر افراد اظهارداشتند که بدون پرداخت مالی، به افراد ناشناس، تخمک اهدا نخواهند کرد. (مک‌لاگین، ۱۹۹۸ م.)

در سایر مطالعات، اهداکنندگان تقاضای جبران ساعات کاری از دست داده شده، هزینه‌های رفت و آمد و هزینه‌های روزانه زندگی را داشته‌اند. علاوه بر آن معتقد بودند که باید مبلغ قابل توجهی که بتواند جوابگوی رنج‌ها، سختی‌ها و خطرات پزشکی وارد شده باشد، به شکلی عادلانه به آن‌ها پرداخت شود. در مقابل در اکثر کشورهای اروپایی، این مسأله با مخالفت‌هایی روبروست و پرداخت مالی را باعث بروز خطرات بیشتر برای دهندگان و گیرندگان و محرمانه ماندن اطلاعات می‌دانند. مطالعات انجام گرفته در ایران نشان داد که بیش از نیمی از اهداکنندگان (تقریباً ۶۰٪) موافق گرفتن پاداش بودند و تقریباً همه گیرندگان، موافق دادن پاداش به فرد دهنده تخمک بودند. (رمضانزاده و همکاران، ۱۳۸۸ ش.) همچنین در مطالعه مروری در این ارتباط، به پرداخت هزینه‌های مربوط به رفت و آمد، صرف وقت، هزینه دارویی و پزشکی اشاره شده است. (خداپرست و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

۵- سایر ملاحظات مربوط به گامت یا جنین اهدایی

همانطور که باقری و افشار در مطالعه خود اشاره کرده‌اند مهم ترین جنبه در میان این ملاحظات اخلاقی که می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای در سایر تصمیم‌گیری‌های این حوزه داشته باشد. تصمیم‌گیری در خصوص جایگاه و شأن اخلاقی جنین است و این که آیا جنین را باید یک کودک به دنیا نیامده، یعنی انسان کاملی با تمام حقوق مترتب، به حساب آورد یا صرفاً یک تخمک لقاح یافته؟ کمیته اخلاق انجمن باروری آمریکا معتقد است که جنین‌ها شایسته احترام ویژه‌ای هستند، اما نمی‌توان جنین را به عنوان یک انسان کامل پنداشت. به هر حال گذشته از پذیرش یا عدم پذیرش جنین به عنوان یک انسان کامل بایستی سلامت و رفاه کودک حاصل از اهدا در هر مرحله از فرایند اهدا مد نظر قرار گیرد. (افشار و همکاران، ۲۰۱۲ م.)

اهدای جنین در اسلام

دین مبین اسلام همیشه در جهت ارتقای ابعاد روحی و عرفانی بشریت گام برداشته و پیروانش را ترغیب می‌نماید تا راه درمانی برای رنج‌ها و بیماری‌های خود بیابند. اکثر فقهای اسلامی تلقیح مصنوعی را خالی از اشکال دانسته‌اند، البته در مذهب سنی هرگونه شکلی از اهدای گامت ممنوع است و فقهای اهل سنت معتقدند که جنبه خویشاوندی و بیولوژیکی با فرزند بایستی کاملاً حفظ گردد، اما پیروان مذهب شیعه موافق استفاده از روش‌های کمک باروری بوده و معتقدند این روش‌ها توانسته بسیاری از زندگی‌های مشترک را نجات دهد. (اسچنکر و همکاران، ۱۹۹۶ م؛ عباسی شوازی و همکاران، ۲۰۰۸ م؛ خداپرست و همکاران، ۱۳۹۰ ش.).

در کشور ما پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی با نام اختصاری ابن سینا در سال ۱۳۷۷ همایش مسائل فقهی حقوقی اهدای جنین با استفاده از نظرات مراجع عظام را برگزار نمود. در پی این نظرات که با اجماع فقهای عظام مبنی بر مجاز بودن اهدای جنین همراه بود و پیگیری‌های این پژوهشکده و استفاده از دستاوردهای همایش مذکور، همانطور که عنوان شد قانون‌گذاری ایران بر آن شد تا قوانینی در باره ناباروری تصویب نماید و در این راستا در مورخ ۱۳۸۲/۴/۲۹ قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور تصویب و در تاریخ ۱۳۸۳/۱۲/۱۹ نیز با نظر وزارتخانه‌های بهداشت و دادگستری آئین‌نامه‌های اجرایی این قانون را جهت راهگشایی در زمینه زوجین نابارور و گرم‌نگه‌داشتن قانون این خانواده‌ها تصویب نمود. در همین قانون و با اتکا بر آرای علما و فقها در ماده ۱ به صراحت به مجاز بودن اهدای جنین تأکید شده و بر اساس آن به کلیه مراکز تخصصی درمان ناباروری ذیصلاح اجازه داده شده با رعایت ضوابط شرعی و شرایط مندرج در این قانون نسبت به انتقال جنین‌های حاصل از تلقیح خارج رحمی

زوج‌های قانونی و شرعی پس از کسب موافقت کتبی زوجین صاحب جنین به رحم زنانی که پس از ازدواج و انجام معاینات دقیق پزشکی، ناباروری آنها هریک به تنهایی یا هر دو به اثبات رسیده باشد، اقدام نمایند. (کارداش، ۱۳۹۱ ش.)

در رابطه با اهدای تخمک فقها آن را مجاز می‌دانند و در حال حاضر نیز این عمل بوفور در مراکز درمان ناباروری ایران انجام می‌گردد. (کارداش، ۱۳۹۱ ش.)

اما در خصوص اهدای اسپرم اکثر فقها و علما آن را مجاز ندانسته و لذا از نظر فقهی و قانونی این روش ممنوع می‌باشد. (روشن، ۱۳۸۶ ش.)

تحقیقات متعدد به این نکته اشاره دارد که پذیرش مسائل حقوقی و فقهی توسط مردم و احساس رضایت قلبی در مورد این مسائل می‌تواند ضامن بهداشت روانی و اجتماعی گردد و به علت اثرات درونی و آینده‌نگری، توجه به نکات اخلاقی و فقهی کاملاً ضرورت دارد. (اسچنکر و همکاران، ۱۹۹۶ م؛ عباسی شوازی و همکاران، ۲۰۰۸ م؛ خداپرست و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

نتیجه گیری

داشتن فرزند از آرزوهای هر زوج پس از ازدواج بوده و ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و مذهبی چنین دیدگاه‌هایی را تقویت می‌کند. در اکثر کشورهای دنیا نازایی زنان را بیشتر از مردان متأثر می‌سازد. در مناطق روستایی نیجریه داشتن فرزند و به خصوص جنس مذکر، باعث هویت زن در خانواده می‌شود و در واقع زن بدون فرزند هیچ‌چیز نیست.^{۱۲} یک زن بدون فرزند در زندگی زناشویی خود احساس ناامنی و تزلزل می‌کند. برخی محققین ذکر کرده‌اند که ناتوانی یک زن در تولد فرزند، می‌تواند منجر به انگ اجتماعی^{۱۳} و فشارهای خانوادگی گردد. (ابومویا و همکاران، ۱۹۹۰ م.)

در فرهنگ ایرانی اسلامی فرزندان هدیه‌هایی از جانب خداوند هستند و برای بسیاری از زوجین داشتن فرزند دلیل اصلی ازدواج می‌باشد. داشتن فرزند باعث استحکام نهاد خانواده شده و نشانه‌ای از تعهد در ارزش‌های فرهنگی ایرانیان است. از این رو، خدمات کمک باروری در ایران بسیار مورد توجه قرار گرفته است. با این وجود، یافته‌ها نشان می‌دهد که بایستی آگاهی عمومی در خصوص نازایی به عنوان مشکلی که بیش از ۲۰٪ زوج‌ها به آن مبتلا هستند، افزایش یابد. (لاریجانی و همکاران، ۲۰۰۷ م؛ عباسی شوازی و همکاران، ۲۰۰۸ م.)

بر همین اساس ارائه اطلاعات مناسب در خصوص روش‌های جدید، قوانین و احکام مذهبی آگاهی عمومی را افزایش داده و نگرش‌های کلیشه‌ای را راجع به نازایی تغییر خواهد داد. این تغییرات می‌توانند بر تصمیم‌گیری آگاهانه زوج‌های نازا در استفاده از گامت و جنین‌های اهدایی مؤثر واقع گردد.

اگر از دیدگاه اصول چهارگانه اخلاق پزشکی، اصل احترام به استقلال فردی^{۱۴}، اصل سودرسانی^{۱۵}، اصل ضررنرسانی^{۱۶}، اصل عدالت^{۱۷} که امروزه به طور

وسیعی برای راهنمایی‌های تصمیم‌گیری‌های عملی در ارتباط با اخلاق پزشکی مورد استناد قرار می‌گیرد. به موضوع بنگریم می‌توان گفت:

با توجه به اصل احترام به استقلال فردی گیرندگان و دهندگان جنین بایستی از آنچه که قصد انجام آن را نموده‌اند و همچنین شرایط آن آگاه باشند، لذا بایستی قبل از آغاز درمان، مشاوره لازم در خصوص فرایند درمان و خطرات آن انجام گیرد. برای این که رضایت زوجین به فرایند درمان آگاهانه و آزادانه باشد به صورت مناسب و با پرهیز از تشریفات شدن آن، مراکز درمان ناباروری و گروه درمانگر باید زوج بیمار و اهداکنندگان را با انجام مشاوره‌های پزشکی، روانشناختی، جامعه‌شناختی و در صورت لزوم، اخلاقی و دینی یاری کنند. این مشاوره‌ها هم سطح سلامت متقاضیان دریافت، اهداکنندگان و جنین حاصله از درمان را افزایش داده و هم به شکلی کاملاً مؤثر، آگاهانه بودن رضایت افراد را تضمین می‌کند. در این جلسات مشاوره، بایستی مواردی مانند انگیزه افراد، ثبات در تصمیم‌گیری، و روابط زوجین گیرنده با یکدیگر، سوابق کیفی، سابقه بیماری‌های روانپزشکی و اختلال شخصیتی مورد توجه قرار گیرد. بنابراین بادر نظر گرفتن جنبه‌های متنوع موضوع و نتایج مختلف روش‌های جدید درمان نازایی، تهیه راهنماهای عملی و اخلاقی (گاید لاین) در سطح ملی در این زمینه ضروری است. با عنایت به دو اصل سودرسانی و ضرر نرساندن بایستی با توجه به مشاوره‌ها گیرندگان و دهندگان جنین غربال شوند؛ برخی افراد واجد ویژگی‌ها و شایستگی‌های ضروری شناخته شده و برخی افراد از روند درمان حذف می‌گردند. شناسایی افراد واجد شرایط، خود نیازمند تصمیم‌گیری‌های اخلاقی است. به طور معمول در مبتلایان به ایدز یا هیپاتیت اهدای گامت و جنین ممنوع است، اما در عین حال ممکن است این افراد بتوانند به گیرندگانی که خود مبتلا هستند گامت

یا جنین اهدا کنند. خدمات کمک باروری می‌تواند به این افراد کمک نماید تا کودکی سالم و همچنین زندگی سالم‌تری داشته باشند، البته بایستی ملاحظات مربوط برای اجتناب از انتقال بیماری به جنین در نظر گرفته شود و همسر این افراد مورد مشورت و آموزش قرار گیرند.

برای حفظ سلامت کودک حاصل از اهدا پیشنهاد می‌شود که غربالگری از اهداکنندگان باید توسط یک سازمان مستقل انجام شود.

با توجه به اصل احترام به استقلال فردی محرمانگی اطلاعات مربوط به دهندگان و گیرندگان جنین ضروری بوده و لازم است اسناد با محرمانگی بالا حفاظت گردند. (لاریجانی و همکاران، ۲۰۰۷ م.)

در آیین‌نامه اجرایی و قانون نحوه اهدای جنین نیز در ماده ۳ محرمانه بودن هویت زوجین اهداکننده تصریح شده و همچنین در ماده ۶ نیز قید گردیده است که اطلاعات مربوط به جنین‌های اهدایی، جز اطلاعات به کلی سری طبقه‌بندی می‌شوند و دریافت، نگهداری و انتقال جنین‌های اهدایی بایستی در شرایط کاملاً محرمانه انجام گردد. (روشن، ۱۳۸۶ ش.)

در زمینه ناشناس بودن اهداکننده و افشا یا عدم افشای راز اهدا بر ای کودک و دیگران، نظریات متفاوتی ارائه شده است، اما به نظر می‌رسد با توجه به دو اصل عدالت و احترام به استقلال فردی حق فرزند حاصله نسبت به آگاهی از اصل و نسب زیست‌شناختی خود یک ضرورت اخلاقی است. چنانچه در کنوانسیون جهانی کودک نیز به این حق تصریح شده است. (پوربخش، ۱۳۸۸ ش.) همچنین با توجه به اصل ضرررسانی از نظر فقهی و جلوگیری از ازدواج با محارم در آینده و احتمال نیاز فرزند حاصل از اهدا به استفاده از اعضای پیوندی در موارد خاص لازم به نظر می‌رسد که بایستی هویت دهندگان گامت و رویان ثبت شود.

البته برای آگاه‌سازی فرزندان از نسب زیست‌شناختی خود، باید ملاحظات روانشناختی این کار برای به حداقل رسیدن آسیب و رنج وارده به فرزند و خانواده او، در نظر گرفته شود، لذا بایستی به خانواده‌ها آگاهی داده شود تا از نظرات مشاورین متخصص استفاده نمایند.

به نظر می‌رسد بر اساس اصل عدالت باید برنامه‌های اهدای تخمک به نحوی طرح‌ریزی شوند که برای فرد دهنده اطمینان لازم برای جبران تمامی هزینه‌های احتمالی مادی داده‌شده را فراهم نماید و در صورت ایجاد هرگونه استرسی در طی انجام فرآیند اهدا، دهندگان از نظر روانی تحت حمایت قرار گیرند و با توجه به اصل ضرررسانی مقدار در نظر گرفته‌شده نیز طوری انتخاب شود که احتمال تحریک بیش از حد به انجام اهدا و سوء استفاده از آن به حداقل میزان ممکن برسد، لذا برنامه‌ریزی و تعریف قانونی روابط مالی بین فرد اهداکننده و گیرنده تخمک نیز در جهت جلوگیری از هرگونه سوء استفاده‌ای راهگشا خواهد بود. همچنین باید تدابیری اتخاذ گردد تا از خرید و فروش گامت و جنین و تجاری شدن آن جلوگیری شود.

لازم است تا بر اساس اصل عدالت و ضرررسانی جنین‌های اهدایی در شرایط آزمایشگاهی کاملاً استاندارد نگهداری شده و کلیه نکات ایمنی در انتقال آن‌ها لحاظ گردد. همچنین لازم است گیرنده و دهنده جنین یا گامت ۶ ماه پس از انتقال مجدداً از نظر HIV بررسی گردد تا ایمنی جنین و فرزند حاصل از اهدا حفظ گردد. (افشار و همکاران، ۲۰۱۲م).

با عنایت به اصل عدالت بایستی همگان دسترسی عادلانه به خدمات درمان ناباروری داشته باشند و تا حد امکان این خدمات تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

همچنین تمام مراکز خدمات کمک باروری تحت کنترل کیفی دقیق قرار گیرند تا با بالاترین استانداردها رضایت بیماران را فراهم نمایند. لازم است در مورد شیوع کلی نازایی و خصوصیات اپیدمیولوژیک آن در کشور تحقیقات بیشتری انجام گردد. دستیابی به اطلاعات دقیق برای برنامه‌ریزی مناسب در جهت ارتقای خدمات ارائه‌شده در این زمینه، کمک‌کننده خواهد بود.

قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور (وبسایت وزارت بهداشت، ۱۳۸۲ ش.)

<p>ماده ۱: به موجب این قانون کلیه مراکز تخصصی درمان ناباروری ذیصلاح مجاز خواهند بود، با رعایت ضوابط شرعی و شرایط مندرج در این قانون، نسبت به انتقال جنین‌های حاصله از تلقیح خارج از رحم زوج‌های قانونی و شرعی پس از موافقت کتبی زوجین صاحب جنین به رحم زنانی که پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشکی ناباروری آن‌ها (هر یک به تنهایی یا هر دو) به اثبات رسیده است، اقدام نمایند.</p>
<p>ماده ۲: تقاضای دریافت جنین اهدایی باید مشترکا از طرف زن و شوهر تنظیم و تسلیم دادگاه شود و دادگاه، در صورت احراز شرایط ذیل مجوز دریافت جنین را صادر می‌کند:</p> <p>الف - زوجین بنا به گواهی معتبر پزشکی، امکان بچه‌دار شدن نداشته باشند و زوجه استعداد دریافت جنین را داشته باشد.</p> <p>ب - زوجین دارای صلاحیت اخلاقی باشند.</p> <p>ج - هیچ یک از زوجین محجور نباشند.</p> <p>د - هیچ یک از زوجین مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج نباشند.</p> <p>ه - هیچ یک از زوجین معتاد به مواد مخدر نباشند.</p> <p>و - زوجین بایستی تابعیت جمهوری اسلامی ایران را داشته باشند.</p>
<p>ماده ۳: وظایف و تکالیف زوجین اهداکننده جنین و طفل متولدشده از لحاظ نگهداری، تربیت، نفقه و احترام نظیر وظایف و تکالیف اولاد و پدر و مادر است.</p>
<p>ماده ۴: بررسی صلاحیت زوجین متقاضی در محاکم خانواده، خارج از نوبت و بدون رعایت تشریفات آئین دادرسی مدنی صورت خواهد گرفت و عدم تأیید صلاحیت زوجین، قابل تجدید نظر می‌باشد.</p>
<p>ماده ۵: آئین‌نامه اجرایی این قانون ظرف مدت سه ماه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارت دادگستری تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.</p>

آئین نامه اجرایی نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور (روشن، ۱۳۸۶ ش).

فصل اول - تعاریف و کلیات:

ماده ۱: در این آیین نامه، واژه‌ها و اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌رود:

الف - قانون: منظور، قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور، مصوب ۱۳۸۲، است.

ب - جنین: نطفه حاصل از تلقیح خارج از رحمی زوج‌های قانونی و شرعی است که سن آن از مرحله باروری حداکثر ۵ روز خواهد بود. این جنین می‌تواند به دو صورت تازه و منجمد باشد.

پ - اهدای جنین: واگذاری داوطلبانه و رایگان یک یا چند جنین از زوج‌های واجد شرایط مقرر در قانون و این آیین نامه به مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری برای انتقال به زوج‌های متقاضی دارای شرایط مندرج در قانون.

فصل سوم - تکالیف و وظایف مراکز مجاز درمان ناباروری:

ماده ۶- مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری مکلف هستند نسبت به موارد زیر اقدام نمایند:

الف - نگهداری جنین‌های اهدایی از سوی اهداکنندگان مسلمان و غیر مسلمان به طور جداگانه و رعایت تناسب دینی و مذهبی زوج‌های متقاضی با جنین اهدایی در زمان انتقال.

ب - دریافت و نگهداری رأی قطعی مرجع قضایی از متقاضی.

پ - صدور گواهی و معرفی نامه لازم مبنی بر تأیید سلامت جسمی و روانی برای متقاضیان دریافت جنین طبق مقررات قانون و این آیین نامه.

ت - دریافت، نگهداری و انتقال جنین‌های اهدایی در شرایط کاملاً محرمانه.

تبصره: اطلاعات مربوط به جنین‌های اهدایی، جز اطلاعات به کلی سری طبقه‌بندی می‌شوند.

ماده ۷- صدور گواهی عدم توانایی باروری و همچنین توانایی زوجه در زمینه دریافت و نگهداری جنین، پس از انجام آزمایش‌های دقیق پزشکی در صلاحیت مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری است.

فصل چهارم - شرایط لازم جهت دریافت، نگهداری و انتقال جنین:

ماده ۸- هر یک از مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری، می‌توانند طبق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بانک جنین دایر نمایند. این بانک مسؤل دریافت و نگهداری جنین و انتقال آن‌ها به زوجین نابارور طبق مقررات مندرج در قانون و این آیین‌نامه است.

ماده ۹- مرکز مدیریت پیوند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است طبق دستورالعمل‌های وزارت یادشده نسبت به دریافت، نگهداری و انتقال جنین، نظارت دقیق اعمال کند.

ماده ۱۰- ارائه مدارک و اطلاعات مربوط به اهداکنندگان و دریافت‌کنندگان جنین اهدایی تنها با رعایت قوانین مربوط به حفظ و نگهداری اسرار دولتی و به مراجع قضائی صلاحیت‌دار مجاز است

پی‌نوشت‌ها

1. Respect for Autonomy
2. Beneficence
3. Nonmaleficence
4. Justice
5. Invitro fertilization
6. Assisted reproductive treatment
7. Hahn
8. Golombok
9. Baetens
10. Cook
11. patrick
12. She is nothing at all!
13. Social Stigma
14. Respect for Autonomy
15. Beneficence
16. Nonmaleficence
17. Justice

فهرست منابع

- A group of writers, Embryo & gamete donation in infertility treatment. (1389). *Tehran University Jihad Press*.
- Abbasi-Shavazi, MJ. Inhorn, MC. Razeghi-Nasrabad, HB. Toloo, G. (2008). The Iranian ART Revolution: Infertility, Assisted Reproductive Technology, and Third-Party Donation in the Islamic Republic of Iran. *J Middle East Women's Studies*. 4 (2): 1-28.
- Afshar, L. Bagheri, AR. (2012). Embryo donation in iran: An ethical review. *Developing World Bioethics J*.
- Aramesh, K. (1386). *The practical implications for medical ethics in gamete and embryo donation J Payesh*. 4: 399-406.
- Aramesh, K. (1387). Ethics of confidentiality in gamete and embryo donation. *Iranian J Medical Ethics, history*. 1: 67-72.
- Avicenna Research Institute. (1391). *National Survey of Fertility and Infertility 17 thousand couples*.

- Baetens, P. Devroey, P. Camus, M. Van Steirteghem, AC. Ponjaert-Kristoffersen, I. (2000). Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes. *Hum Reprod.* 15 (2): 476-84.
- Bromwich, P. (2000). Oocyte donation. *BMJ.* 300 (6741): 1671-2.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2013).
- Danforth, D. (2010). *Danforth obstetric & gynecology.*
- Ebomoyia, E. Adetoro, OO. (1990). Sociobiological Factors influencing infertility in a rural Nigerian Community. *Jnt, J Gynecol Obstet.* 33: 41-7.
- Fertility and Sterility. (2013).
- Ghasemi, N. Khalili, MA. Tayyebi, N. (1386). Knowledge and Attitudes of Infertile Couples towards Embryo Donation Program: A Preliminary Report from Iran Journal of Ethics in Science and Technology. *Iran Journal of Ethics in Science and Technology.* 1-2.
- Hahn, SJ. Craft-Rosenberg, M. (2002). The disclosure decisions of parents who conceive children using donor eggs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse.* 31 (3): 283-93.
- Implementing Regulations of the Law of donating embryos to infertile couples. (1382). *Website of Law Office the Ministry of Health and Medical Education.*
- Khoda-Parast, AH. Sharifi, S. Milanifar, AZ. Behjati Ardakani, Z. (1390). *Ethical issues of embryo donation.* 2: 113-43.
- Larijani, B. Zahedi, F. (2007). Ethical and Religious Aspects of Gamete and Embryo Donation and Legislation in Iran. *J Relig Health.* 46: 399-408.
- McLaughlin, EA. Day, J. Harrison, S. Mitchell, J. Prosser, C. Hull, M. (1998). Recruitment of gamete donors and payment of expenses. *Hum Reprod.* 13 (5): 1130-2.
- Oudi, M. (1391). Medical and ethical issues regarding egg sharing and egg donation. *Iranian J Medical Ethics, history.* 3.

- Partrick, M. Smith, AL. Meyer, WR. Bashford, RA. (2001). Anonymous oocyte donation: a follow-up questionnaire. *J Fertil Steril.* 75 (5):1034-6.
- Pourbakhsh, MA. (1388). infertility treatment and confidentiality in gamete donation. *J Medical Ethics.* 7: 165-8.
- Qrdash, G. (1391). Embryo transfer & its legal effects on registration. *National Congress Of Civil Registration.*
- Ramezanzadeh, F. Haghollahi, F. Bagheri, M. Masoumi, M. Abedinia, N. Jafarabadi, M. (1388). Assessment of oocyte donors and recipients attitudes to ethical issues. *J Fertility & Infertility.* 71-80.
- Roshan, M. (1386). Study the legal of gamete and embryo donation. *J Payesh.* 407-14.
- Safae, H. (1386). The failure of the law on gamete and embryo donation according to Comparative Law. *J Payesh.* 4: 423-9.
- Samani, RO. Moalem, MRR. Merghati, ST. Alizadeh, L. (2009). Debate in embryo donation: embryo donation or both-gamete donation? *Reprod. Biomed.* 19 (1): 29-33.
- Schenker, JG. Shushan, A. (1996). Ethical and legal aspects of assisted reproduction practice in Asia. *Hum Reprod.* 11 (4): 908-11.
- Söderström-Anttila, V. (1995). Follow-up study of Finnish volunteer oocyte donors concerning their attitudes to oocyte donation. *Hum Reprod.* 10 (11): 3073-6.
- Sohrabvand, f. Jafarabadi, M. (2005). Knowledge and attitudes of infertile couples about assisted reproductive technology. *Iranian Journal of Reproductive Medicine.* 3 (2): 90-4.

یادداشت شناسه مؤلفان

فرین تاتاری: دانشجوی دکترای تخصصی آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیک: tatarif2@mums.ac.ir

یوسف محمدپور: دانشجوی دکترای تخصصی آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

لیلا افشار: دکترای تخصصی اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

احسان شمسی گوشکی: دکترای تخصصی اخلاق پزشکی، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده طب سنتی و عصر اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

محمود عباسی: رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۱۴