

دلالت‌های عملی اصول اخلاق پزشکی در اهدای گامت و جنین

دکتر کیارش آرامش: * استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

فصلنامه پایش

سال ششم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۶ صص ۳۹۹-۴۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۲/۲۲

چکیده

اصول چهارگانه اخلاق پزشکی امروزه به نحو وسیعی برای راهنمایی تصمیم‌گیری‌های عملی در ارتباط با اخلاق پزشکی جا افتاده است و این مزیت را دارد که از نظر فرهنگی، بی‌طرف بوده و قابل پذیرش از سوی فرهنگ‌های گوناگون می‌باشد. این مقاله به مرور دلالت‌های عملی هر کدام از این اصول چهارگانه در زمینه اهدای گامت و جنین می‌پردازد و بر آن است که به این ترتیب مروری کلی و عملکردی را بر مقولات اخلاقی در این حوزه فراهم آورد.

نکاتی که در ارتباط با هر کدام از اصول چهارگانه در مقاله حاضر مورد بحث و نقد قرار گرفته‌اند به این قرار هستند:

اصل احترام به استقلال فردی (Respect for Autonomy): لزوم اخذ رضایت آگاهانه از اهداکننده و گیرنده گامت یا جنین، عدم اجبار، حق انتخاب دریافت کنندگان در رابطه با جنسیت یا ویژگی‌های فردی گامت یا جنین، حق اهدای گامت از بدن فرد مرده یا جنین سقط شده و بررسی موارد تعارض نظر پزشک با نظر دریافت کننده درباره تداوم بارداری ایجاد شده.

اصل سودرسانی (Beneficence): شمول این اصل بر رویان تولید شده در آزمایشگاه و امکان متصور شدن سود برای رویان انسانی قبل از کاشته شدن در رحم و اخلاقی بودن تولید رویان انسانی تنها به قصد پژوهش یا لزوم استفاده از رویان‌های اضافه مانده (Surplus) پس از کاشت در رحم.

اصل ضرر نرسانی (Nonmaleficence): حق دریافت کنندگان نسبت به دریافت گامت یا رویانی که تا حد ممکن از غیر طبیعی نبودن او اطمینان حاصل شده باشد، با توجه به ملاحظات مربوط به اجتناب از اصلاح نژاد و بحث درباره تفاوت این دو و حق رویان کاشته شده برای ادامه حیات.

اصل عدالت (Justice): لزوم دسترسی عادلانه همگان به این خدمات و بحث درباره ضرورت اخلاقی شمول پوشش بیمه‌ای، تخصیص عادلانه گامت‌ها یا رویان‌های اهدایی به درخواست کنندگان، حق فرزند حاصله نسبت به آگاهی از اصل و نسب زیست شناختی خود و حق زنان یائسه یا افرادی که فاقد رابطه زناشویی عادی و ظاهراً با دوام هستند در استفاده از گامت یا رویان اهدایی.

کلیدواژه‌ها: اهدای گامت، اهدای جنین، اخلاق پزشکی، اصول گرایی

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ۱۶ آذر، نیش خیابان پورسینا، پلاک ۲۱، طبقه ۴، مرکز پژوهش‌های اخلاق و تاریخ پزشکی

E-mail: kiarasharamesh@tums.ac.ir

مقدمه

طبابت، در تمامی اشکال خویش، با تواتری فراوان به قضاوت اخلاقی نیاز پیدا می‌کند. قضاوت‌های اخلاقی معمولاً براساس قوانین اخلاقی (Ethical rules) انجام می‌گیرند و قوانین اخلاقی خود مبتنی بر اصول اخلاقی (Ethical principles) هستند. اصول اخلاقی بر اساس نظریه‌های اخلاقی (Moral theories) شکل می‌گیرند. اما مسأله اینجا است که متخصصین اخلاق و پزشکان درگیر با قضاوت اخلاقی، ممکن است به نظریه‌های اخلاقی متفاوتی معتقد باشند و این ممکن است موجب آشفتگی در قضاوت و عملکرد شود. متخصصین اخلاق زیستی، برای حل این مشکل، به این نکته توجه کرده‌اند که می‌توان از نظریه‌های اخلاقی گوناگونی، اصول یکسان و مشترکی را نتیجه گرفت؛ لذا بدون لزوم اتفاق نظر در سطح نظریه، می‌توان اصول مشترکی را به عنوان راهنمای عمل اخلاقی شناسایی نمود. به این ترتیب است که اصول چهارگانه اخلاق پزشکی شکل گرفتند و ارائه می‌شوند. این اصول امروزه، به نحو وسیع و گسترده‌ای مورد پذیرش قرار گرفته‌اند و به عنوان راهنمای عملکرد و قضاوت‌های اخلاقی در پزشکی به کار می‌روند و رویکرد جامعی را برای حل مسائل اخلاقی حوزه زیست پزشکی فراهم می‌آورند [۱، ۲]. یکی از مزایای این اصول آن است که از نظر فرهنگی بی‌طرف به شمار می‌آیند [۳].

برای دستیابی به مروری جامع بر مقولات اخلاقی در هر کدام از زمینه‌های زیست پزشکی، می‌توان از اصول چهارگانه به عنوان راهنما و سرفصل استفاده کرد. به این ترتیب در حین مرور و بر شمردن مقولات اخلاقی موجود، چارچوب نظری برای حل مسائل مرتبط با آنها نیز ارائه می‌شوند [۱، ۳].

از آنجا که مبحث «اهدای گامت و تخمک» یکی از غنی‌ترین مباحث از نظر مقولات، چالش‌ها، نگرانی‌ها و لزوم قضاوت‌های اخلاقی است، در این جا با استفاده از رویکرد اصول گرایی و با تبعیت از عنوان بندی اصول چهارگانه، بر آنیم که به اصلی‌ترین مقولات اخلاقی موجود در این زمینه، در چارچوبی نظری که برای حل آنها مورد استفاده قرار می‌گیرد بپردازیم.

در ادامه، در ذیل عنوان هر کدام از اصول چهارگانه اخلاق زیست پزشکی، مقولات اخلاقی مرتبط با آن عنوان را به نحو اجمال مورد بحث قرار داده‌ایم. لازم به ذکر است که برخی از مقولات در ذیل بیش از یکی از عناوین قابل طرح بوده‌اند. در این موارد، ضمن طرح

آن مقوله در ذیل اصلی که بیشترین ارتباط را با آن دارد، به نحوه ارتباط آن با سایر اصل(ها) اشاره شده است.

اصل احترام به استقلال فردی (Respect for Autonomy): مهم‌ترین موضوعی که در ارتباط با این اصل مطرح می‌شود، لزوم اخذ رضایت آگاهانه (Informed Consent) است [۲]. برای آن که اصل استقلال فردی رعایت شود، رضایت آگاهانه باید حداقل: الف) مبتنی بر اطلاعات کافی و صحیح و آگاهی از خطرات و فواید بالقوه روش‌های جایگزین از سوی بیمار باشد و ب) مختارانه باشد (یعنی عاری از اعمال فشار یا القاء تصمیمی به بیمار باشد) [۱، ۴]. در این زمینه، برخی اظهار داشته‌اند که این حداقل‌ها، در مورد زنانی که وارد روند استفاده از فناوری‌های کمک باروری می‌شوند، قابل تأمین نیستند [۴]. زیرا از سویی خطراتی که فرد خواهان مادر شدن را تهدید می‌کنند، در مقایسه با مردان، و با توجه به احتمال دستیابی به فرزندی سالم، بسیار زیاد و قابل توجه هستند و از سویی در بسیاری از جوامع (از جمله کشور ما) زنانی که صاحب فرزند نمی‌شوند در معرض انواع فشارها و تهدیدها از قبیل بی‌ارزش تلقی شدن، از هم پاشیدگی خانواده، از دست دادن حمایت مالی و ازدواج مجدد همسر قرار دارند [۴]. از سویی، بسیاری از صاحب‌نظران در زمینه ارائه اطلاعات کافی و روشن و غیر هدایت کننده، در مورد خطرات بالقوه و میزان‌های موفقیت و نیز روش‌های جایگزین، از سوی مراکز خصوصی ارائه کننده این روش‌ها تردید روا داشته‌اند و در برخی از کشورها لزوم ارائه مشاوره از سوی فردی مستقل به صورت قانون در آمده است.

البته این که بسیاری از زنان ممکن است تحت فشار به سوی فناوری‌های کمک باروری هدایت شوند، توجیهی اخلاقی برای بازداشتن تمامی زنان از استفاده از این امکان نیست، بلکه باید این مشکل را از طریق اصلاح قوانین و ارائه آموزش‌های عمومی حل کرد [۴]. نیز این که خطرات قابل ملاحظه‌ای فرد را تهدید می‌کنند، مانع آگاهانه بودن رضایت او نمی‌شود. در عین حال، لزوم ارائه مشاوره جامع و آگاهی کامل از خطرات، میزان موفقیت و روش‌های جایگزین برای بیمار، ترجیحاً از سوی مشاور خارج از مؤسسه ارائه‌دهنده خدمت و آموزش خانواده‌های مراجعه کننده در جهت به رسمیت شناختن حق انتخاب زن، و نیز اجتناب از برخورد‌های قییم مآبانه از سوی پزشکان ارائه دهنده مشاوره یا خدمات، جهت اخلاقی بودن فرآیند ارائه خدمت، بایسته و ضروری است.

داشت. البته در جوامع غربی استدلال‌هایی در جهت تصدیق این حق ارائه شده است [۱۱-۴، ۱۳]، هرچند که اتفاق نظر کاملی حاصل نیامده است [۱۴، ۱۵]. اما در جوامعی نظیر کشور ما، زندگی در یک خانواده نامتعارف می‌تواند به شدت منافع کودک را مختل کند و امکان یک زندگی معمولی با امکانات برابر را از او سلب نماید. بنابراین به نظر می‌رسد که اصل «سودرسانی» به کودک در اینجا بر اصل «استقلال فردی» والد غلبه می‌یابد و استفاده خانواده‌های نامتعارف (تک والدی، همجنس گرا و...) از این فناوری، غیر اخلاقی است. خصوصاً این که اگر این فناوری‌ها را درمان «ناباروری» به حساب آوریم، اطلاق «نابارور» به این دسته از افراد نادرست خواهد بود.

ج- آیا زوج‌های فقیر یا بیمار می‌توانند از حق استفاده از فناوری‌های کمک باروری برای فرزندآوری استفاده کنند؟ در این زمینه نیز استدلال‌های موافق و مخالفی مطرح شده‌اند [۱۰، ۱۴، ۱۵]. اما به نظر می‌رسد که در رابطه با این مسأله نیز اصل سود رسانی به فرزند و نیز به کل جامعه، موجب محدود شدن حق «استقلال فردی» والدین بالقوه می‌شود. لذا باید برای ارائه خدمات کمک باروری، سطح خاصی از توان اقتصادی و سلامت (به ویژه روانی) را برای والدین در نظر گرفت. هر چند در این صورت جای این پرسش بنا بر اصل عدالت باقی می‌ماند که آیا به این ترتیب باید حق فرزندآوری طبیعی را نیز از زوج‌های فقیر یا بیمار گرفت؟ و اگر پاسخ منفی است چرا این محدودیت باید برای متقاضیان فناوری‌های کمک باروری در نظر گرفته شود؟ علی‌رغم جدی بودن این پرسش، به نظر می‌رسد که اصل سودرسانی در این مورد آن قدر قابل اعتنا است که بگوییم در چنین مواردی باید به سوی کمک مالی به خانواده‌های فقیری که به طور طبیعی صاحب فرزند می‌شوند، تشویق این خانواده‌ها به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و درمان افراد بیماری که خطر آسیب رساندن به فرزند یا ناتوانی در سرپرستی فرزند خود را دارند و حتی سلب قیمومیت در مواردی که نتوان احتمال جدی آسیب‌رسانی را بر طرف نمود، حرکت کرد.

اما موارد خاصی نیز - علاوه بر مطالب پیش گفته - در ارتباط با دهنده گامت قابل بررسی هستند:

الف) آیا هویت دهنده گامت باید برای فرد یا خانواده گیرنده فاش شود؟ اگر چه در منابع غربی، حق ناشناخته بودن دهنده طرفدارانی دارد و حتی قوانینی به نفع آن تصویب شده است [۱۶]. اما با توجه

در رابطه با دهندگان گامت علاوه بر توضیح خطرات بالقوه اهدای تخمک، باید به این نکته توجه داشت که اهدای گامت در ازای دریافت پول، استقلال فردی را مخدوش می‌سازد، زیرا ممکن است عده‌ای از روی نیاز مالی به اهدای گامت واداشته شوند [۵]. اما در صورتی که کل سیستم در خطر از کار افتادن به علت فقدان اهداکننده باشد، در نظر گرفتن تشویق‌های مالی محدود می‌تواند قابل توجیه باشد [۶]. البته در حدی که خطری جدی برای استقلال فردی شرکت کنندگان ایجاد نکند.

در ارتباط با استقلال فردی گیرنده یا دهنده گامت یا رویان، موارد خاص زیر نیز قابل طرح می‌باشند:

الف- آیا زنان یائسه حق دریافت رویان برای باردار شدن را دارند؟ نشان داده شده است که زنان در اواخر دهه پنجم و اوایل دهه ششم زندگی، می‌توانند با دریافت سلول تخم، به بارداری موفقیت‌آمیزی دست پیدا کنند [۴]. بنابراین این پرسش مطرح می‌شود که آیا استفاده این دسته از زنان از فناوری‌های کمک باروری منافاتی با اصول اخلاقی ندارد؟ مخالفین این حق، با استناد به اصل «ضرر رسانی» به خطرات بالاتر بارداری در سنین بالا [۷، ۸] و با توجه به اصل «سود رسانی» برای کودک آینده، به احتمال بالاتر از دست دادن مادر در سنین پایین و عدم برخورداری از پشتیبانی و تربیتی که از سوی مادر اعمال می‌شود و نیز غیر طبیعی بودن تداوم قابلیت باروری به سنین بعد از یائسگی اشاره می‌کنند [۷]. در مقابل می‌توان بنا بر اصل «عدالت» چنین عنوان نمود که اگر موارد فوق، دلیلی برای محروم کردن زنان یائسه از حق انتخاب استفاده از فناوری‌های کمک باروری باشند، باید زنان جوان‌تر در معرض خطر نسبتاً بالاتر در دوران بارداری و نیز مردان مسن‌تر و نیز زنان یا مردانی را که به هر علتی امید به زندگی آنها کوتاه است، از باردار شدن بازداشت، حال آن که این به وضوح غیر اخلاقی است. پس «عدالت» اقتضا می‌کند که این حق به زنان یائسه نیز تسری داده شود، هر چند که می‌توان در تخصیص بودجه‌ها و کمک‌های دولتی اولویت را به گروه جوان‌تر داد، اما محروم کردن مطلق زنان یائسه از حق باردار شدن، غیر اخلاقی به نظر می‌رسد [۴، ۹].

ب- آیا افراد یا زوج‌هایی که ذیل عنوان «زوج‌های غیر همجنس با رابطه زناشویی پایدار» نمی‌گنجد نیز می‌توانند از حق استفاده از فناوری‌های کمک باروری برای فرزندآوری برخوردار شوند؟ به نظر می‌رسد که با توجه به اصل «سود رسانی» برای کودک آینده، باید برای پاسخ دادن به این پرسش به زمینه فرهنگی جامعه توجه

به حق کودک آینده در شناخت نسب زیست شناختی خود بر اساس اصل عدالت (در بخش مربوط به اصل عدالت بیشتر به این موضوع پرداخته ایم) و نیز پیشگیری از موارد اتفاقی ازدواج کودک آینده با محارم بر اساس اصل ضرر نرسانی به نظر می‌رسد که آگاهی از هویت دهنده، یا حداقل ثبت آن برای آگاه‌سازی کودک در زمان مناسب در آینده، اخلاقی به نظر می‌رسد. (ب) آیا می‌توان از دهنده‌های «خاص» استفاده کرد؟ (نظیر جسد انسان یا جنین سقط شده یا گامت نگهداری شده کودک یا فرد بالغی که ممکن است به علت شیمی درمانی یا ... قابلیت باروری خود را از دست بدهد، یا گامت نگهداری شده فردی که در گذشته است). در اینجا استفاده از مابقی رویان‌های متعدد شکل گرفته در IVF یک بیمار برای بیماران دیگر را به عنوان مورد خاص در نظر نگرفته‌ایم و این کار در صورت رعایت سایر اصول اخلاقی، غیر اخلاقی به نظر نمی‌رسد [۴]. در ارتباط با جسد انسان دچار مرگ مغزی، در موارد تأمل برانگیزی که در کشورهای غربی پیش آمده است، نهایتاً نظر رسمی این بوده است که مداخله در جسد انسان بدون دلیل واضح درمانی، نادرست است [۱۷]. این قاعده را می‌توان به جنین سقط شده نیز تسری داد. علاوه بر این نباید لطمه روانی وارده به فرزند حاصله را وقتی که در می‌یابد چنین سابقه ژنتیک غیر معمولی داشته است، دست کم گرفت [۴]. اما در ارتباط با نگهداری گامت کودک یا فرد بالغی که قرار است تحت شیمی درمانی قرار بگیرد، با رعایت کامل رضایت آگاهانه (در مورد کودک ابتدا قیم و پس از رسیدن به سن رشد، خود او) و شروطی نظیر تدوین دقیق کدهای اخلاقی این کار، محدود شدن مراکزی که این کار را انجام می‌دهند به چند مرکز خاص و حضور تیم‌های تخصصی، این کار غیر اخلاقی دانسته نشده است [۱۸]. (ج) آیا اهدای گامت مادر به دختر، پدر به فرزند، یا بین اعضای فامیل اخلاقی است؟ اگر چه در این مورد بحث‌های زیادی شده است [۱۱]، به نظر می‌رسد بیشتر مسائلی که در این مورد مطرح می‌شوند از نوع فقهی باشند تا اخلاقی و در صورت عدم وجود ایراد فقهی، مشکل اخلاقی نیز موجود نخواهد بود. مسأله دیگری که در ارتباط با اصل احترام به استقلال فردی مطرح می‌شود، حق انتخاب خصوصیات فردی گامت یا رویان اهدایی از سوی دریافت کنندگان است. در این رابطه، آنچه که به علت امکان‌پذیری نسبی عملی و نیز توجه عمومی، بیشتر مورد بحث قرار گرفته است، حق انتخاب جنسیت جنین می‌باشد [۲۷-۲۰]. این پرسش را می‌توان به دو بخش تقسیم کرد:

اول آن که آیا افرادی که به علت ناباروری از فناوری‌های کمک باروری استفاده می‌کنند حق تعیین خصوصیات فردی فرزند آینده خود را دارند؟ و دیگر این که آیا می‌توان به زوج‌های دارای قابلیت باروری اجازه داد که برای به دست آوردن فرزند با ویژگی‌ها یا جنسیت مورد نظر، از این فناوری‌ها استفاده کنند؟ اصل عدالت اقتضا می‌کند که پاسخ پرسش اول را با توجه به پاسخی که به پرسش دوم خواهیم داد، تعیین کنیم. به طور خلاصه می‌توان گفت که اگر بر طبق مطالعات توصیفی با متدولوژی صحیح، این نتیجه حاصل شد که واگذاری حق انتخاب جنسیت به والدین، عدم تعادل جمعیت شناختی را در نسل‌های آینده ایجاد نمی‌کند (یعنی موجب غلبه معنی‌دار تعداد پسران به دختران یا بالعکس نمی‌شود) اصل استقلال فردی و خودمختاری تولید مثلی اقتضا می‌کند که این خدمات به متقاضیان آنها ارائه شود؛ اما اگر احتمال وقوع عواقب نامطلوب جمعیت شناختی وجود داشته باشد، با توجه به اصل ضرر نرسانی (عدم تعادل جنسی جمعیت عواقب نامطلوب متعددی دارد که شرح آنها خارج از حوصله این مقاله است) بهتر است که حق انتخاب جنسیت را تنها به موارد خاصی نظیر احتمال انتقال بیماری وابسته به جنس یا خانواده‌هایی که فرزندان متعددی از یک جنس دارند، محدود ساخت.

آخرین موضوعی که در ارتباط با اصل احترام به استقلال فردی مورد بررسی قرار می‌دهیم، این است که آیا در صورتی که معلوم شود جنین حاصله دچار ناهنجاری قابل توجهی است. به طوری که پزشک، سقط جنین را تجویز کند، آیا والدین می‌توانند خواهان تداوم آن بارداری و به دنیا آوردن آن فرزند شوند؟ در این جا یک بار دیگر اصل احترام به استقلال فردی در تعارض با اصل ضرر نرسانی قرار می‌گیرد. باید توجه کرد که این ضرر نرسانی معطوف به جامعه است نه آن جنین. زیرا به هر حال نمی‌توان برای آن جنین - هر مشکلی که داشته باشد - به دنیا آوردن را ضرر رسانی تلقی کرد [۴]. حال مسأله این جا است که آیا می‌توان با توجه به غیر اخلاقی بودن تمامی اشکال اصلاح نژاد (Eugenics) والدین را به نفع جامعه، مجبور به سقط جنین کرد [۲۸]؟ پاسخ این پرسش منفی است و تنها می‌توان با روشن کردن وضعیت و ارائه مشاوره به والدین از آنها خواست که در این مورد تصمیم‌گیری کنند. اما باید به هر تصمیمی که اتخاذ نمایند، احترام گذاشت.

اصل سود رسانی (Beneficence): از آن جا که والدین همواره به میل خود و برای کسب منافع مشخص به استفاده از روش‌های

به عنوان نکته آخر در رابطه با این اصل، باید تأکید شود که از نظر اخلاقی لازم است پژوهش‌هایی که در این رابطه به انجام می‌رسند با هدف سود رسانی به استفاده کنندگان بالقوه باشند.

اصل ضرر نرسانی (Nonmaleficence): آیا ارائه دهندگان خدمات کمک باروری باید از غیر طبیعی نبودن گامت یا رویانی که به افراد دریافت کننده می‌دهند، تا حد ممکن اطمینان حاصل کنند؟ به تعبیر دیگر آیا دریافت کنندگان، نسبت به دریافت گامت یا رویانی که تا حد ممکن از غیر طبیعی نبودن آن اطمینان حاصل شده باشد حق دارند؟

در این جا باید به تفاوت حق انتخاب میان ویژگی‌های طبیعی فرزند آینده نظیر جنسیت، نژاد، قابلیت‌های ذهنی و جسمانی و ... که پیش از این مورد بحث قرار گرفت و حق انتخاب میان فرزند طبیعی و ناهنجار توجه داشت. با توجه به این تفاوت، حال می‌توانیم پرسش خود را به دو پرسش ریزتر تفکیک کنیم:

اول آن که آیا اخلاقی است که مراجع سیاست‌گذار یا قانون‌گذار - اعم از دولت، نهادهای صنفی پزشکی، یا مراکز ارائه دهنده خدمات - انتقال گامت‌ها یا رویان‌های واجد ناهنجاری‌های خاصی را ممنوع اعلام کنند؟ و دوم آن که آیا اخلاقی است که این حق به فرد دریافت کننده داده شود که از فاقد ناهنجاری بودن گامت یا رویان دریافتی تا حد امکان اطمینان حاصل کند؟

در مورد پرسش اول، پاسخ منفی است. در واقع هر گونه الزام قانونی یا شبه قانونی در جهت توارث ویژگی‌های (حتی ناهنجار) ژنتیک، اصلاح نژاد (Eugenics) محسوب می‌شود و غیر اخلاقی است [۲۸]. اما در مورد پرسش دوم، این حق برای والدین، طبق اصول احترام به استقلال فردی و ضرر نرسانی قابل شناسایی می‌باشد که از امکان غربالگری (Screening) گامت یا رویان‌های اهدایی پیش از کاشته شدن در رحم استفاده کنند.

اصل عدالت (Justice): در ارتباط با عدالت توزیعی (Distributive Justice) دو پرسشی که پیش از سایر موارد مطرح می‌شوند عبارتند از:

چه کسانی حق استفاده از این خدمات را دارند؟ و در میان کسانی که برای استفاده از این خدمات مراجعه می‌کنند در صورت محدود بودن منابع، چگونه باید اولویت‌بندی کرد [۳۰]؟ برای ثبت نام افراد داوطلب، شاخص‌هایی نظیر میزان موفقیت، خطرات مرتبط با سلامت، سن، توانایی ایفای نقش والدی، ملیت، اولیه یا ثانویه بودن ناباروری و توانایی پرداخت هزینه‌ها ذکر شده است. اما برای

کمک باروری روی می‌آورند، این اصل همواره در مورد آنها رعایت می‌شود. فرزندی هم که به دنیا می‌آید، حتی اگر دچار کمبود و ناهنجاری‌هایی باشد باز هم به واسطه کسب حیات، مورد سودرسانی واقع شده است [۴]. اما آنچه که جای بحث بیشتری در این جا دارد، عبارت است از رویان‌هایی که با هدفی غیر از تبدیل شدن به جنین و به دنیا آمدن، شکل داده می‌شوند. اعم از آن که پس از تشکیل رویان‌های متعدد، تعدادی از آنها تخریب شوند و یا این که رویان‌هایی تنها به قصد پژوهش تولید شوند و در ضمن کار پژوهشی قابلیت ادامه حیات از آنها گرفته شود. در این رابطه می‌توان این پرسش بنیادی را مطرح کرد که آیا اصولاً «سود»ی برای سلول تخم یا رویان قبل از کاشته شدن در رحم، قابل تصور هست؟ دلایلی قوی علیه تصدیق چنین حقی ارائه شده است [۴]. رویان، در مرحله‌ای که تنها چند سلول است، فاقد دستگاه عصبی و فاقد هر گونه آگاهی یا احساسی از وجود خود - آن گونه که نزد انسان یا جانوران یافت می‌شود - است و قابلیت سود بردن یا زیان دیدن را به واسطه آن چه با آن انجام می‌گیرد، ندارد [۴]. البته می‌توان برای زن و مردی که رویان یا سلول تخم از اسپرم و تخمک آنها شکل گرفته است، حق اظهار نظر درباره سرنوشت آن رویان یا سلول تخم را قائل شد [۴]. در مجموع می‌توان گفت که اخلاقی نیست که روی مواد ژنتیک افرادی، بدون اجازه ایشان مداخله یا پژوهش صورت گیرد، اما این الزام اخلاقی ناشی از قائل شدن به منافع برای صاحبان اسپرم و تخمک است، نه برای سلول تخم یا رویان چند سلولی [۴]. در اینجا جا دارد اشاره شود که فتاوی‌ای فقهی مراجع شیعه در این زمینه یک دست نیستند، اما غلبه با کسانی است که حق مالکیت سلول تخم یا رویان را با زن و مردی که از تخمک و اسپرم آنها شکل گرفته است، می‌دانند [۲۹].

این که سلول تخم یا رویان چند سلولی به طور «بالقوه» می‌تواند تبدیل به یک انسان شود نیز استدلال قابل قبولی به نظر نمی‌رسد، زیرا این قابلیت را می‌توان به تک‌تک سلول‌هایی که برای آزمایش‌های ژنتیک از رویان جدا می‌شوند و حتی در دیدی وسیع‌تر به تمامی سلول‌های انسان‌ها تعمیم داد.

بنابراین به نظر می‌رسد که سخن گفتن از سودرسانی به سلول تخم یا رویان پیش از کاشته شدن در رحم منتفی باشد و نیز در مورد سایر اعضای دخیل در فرآیند کمک باروری، ماهیت این فرآیند - در صورت ایفای شرط رضایت آگاهانه - سودرسانی را الزام می‌کند.

اولویت‌بندی دریافت گامت‌ها یا رویان‌های اهدایی به مواردی نظیر زمان انتظار، فوریت طبی، تطبیق فنوتیپی و همزمانی اشاره شده است [۳۰]. البته در این مورد هنوز اتفاق نظر جامعی وجود ندارد، اما بهتر است کسانی اولویت‌بندی را انجام دهند که عضو تیم انجام دهنده فرآیند نباشند و هیچ گونه منافع اولیه یا ثانویه‌ای در این مورد نداشته باشند. تشکیل کمیته‌ای برای تعیین شاخص‌ها و اجرای اولویت‌بندی توصیه می‌شود.

در ارتباط با پوشش بیمه‌ای، به نظر می‌رسد که مواردی که «درمان» به شمار می‌آیند، نظیر درمان ناباروری یا مواردی که برای اجتناب از انتقال ناهنجاری‌های ارثی به انجام می‌رسند، اخلاقی باشد که تحت پوشش بیمه‌ای قرار گیرند. هر چند ضوابط این پوشش و اولویت آن در اختصاص منابع محدود شرکت‌های بیمه باید به طور جداگانه مورد بررسی قرار گیرند.

حق فرزند حاصله نسبت به آگاهی از اصل و نسب زیست‌شناختی خود، علاوه بر این که - براساس اصل عدالت - یک ضرورت اخلاقی است، از نظر فقهی و جلوگیری از ازدواج با محارم در آینده لازم به نظر می‌رسد. ایفای این ضرورت اخلاقی اقتضا می‌کند که هویت دهندگان گامت و رویان ثبت شده باشد. به این ترتیب، بی‌نام بودن دهندگان گامت و رویان که بعضاً حق ایشان دانسته شده است [۱۶]، غیر اخلاقی به نظر می‌رسد. 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 شوند.

حق زنان یائسه یا افرادی که فاقد رابطه زناشویی معمول و متداول یا فاقد توانایی‌های مالی برای تربیت فرزند هستند، در بخش مربوط به اصل احترام به استقلال فردی مورد بحث قرار گرفته‌اند و ملاحظات مرتبط با اصل عدالت در همان جا آورده شده است (به مطالب پیشین مراجعه فرمایید).

نگاه ایرانی: در ایران، قوانین و مقرراتی که به مسائلی از این دست راجع می‌شوند، باید با فقه اسلامی سازگاری داشته باشند. اگر چه در میان فقهای مسلمان، اعم از شیعه و سنی، در یک نگاه، اتفاق نظری در باب جواز یا حرمت اهدای گامت یا جنین دیده نمی‌شود [۳۵-۳۱]. اما تجربه ایران نشانگر وسعت نظر و انعطاف قابل توجه مراجع دینی در این مورد است و نتیجه آن که قانون اهداء جنین به زوجین نابارور در تیر ماه سال ۱۳۸۲ در مجلس شورای

اسلامی به تصویب رسیده است [۳۶]. آئین‌نامه اجرایی این قانون نیز توسط هیأت دولت در اسفند ماه ۱۳۸۳ ابلاغ شده است [۳۷].

بر اساس این آئین‌نامه، دهندگان جنین باید دارای رابطه مبتنی بر ازدواج باشند، از نظر جسمی و روانی سالم باشند و از ضریب هوشی مناسبی برخوردار باشند، به مواد اعتیادآور و روان‌گردان معتاد نباشند و به بیماری‌های صعب‌العلاج (نظیر ایدز و هیپاتیت) نیز مبتلا نباشند. در این آئین‌نامه اشاره‌ای به سن دهندگان یا گیرندگان جنین نشده است. اطلاعات شخصی دهندگان محرمانه نگهداری خواهد شد و لذا ارائه مدارک و اطلاعات مربوط به اهداء کنندگان و دریافت کنندگان جنین اهدایی تنها با رعایت قوانین مربوط به حفظ و نگهداری اسرار دولتی و با حکم مراجع قضایی صلاحیت دار مجاز است. صلاحیت دریافت کنندگان جنین اهدائی باید به وسیله دادگاه تأیید گردد. در ایران، زنان به تنهایی (زنان مجرد، مطلقه، یا بیوه) نمی‌توانند درخواست کننده و دریافت کننده جنین باشند. همچنین در ایران دهندگان و گیرندگان هر دو باید دارای یک مذهب باشند. همانگونه که از عنوان قانون مشخص است، جنین از سوی دهندگان به گیرندگان اهداء می‌شود و لذا هیچگونه پیمان مالی در این خصوص وجود ندارد، هرچند که ممکن است واقعیت موجود، حداقل در مواردی، با این اصل تفاوت داشته باشد [۳۷، ۳۸].

بحث و نتیجه گیری

در این مقاله، ضمن مرور و بحثی اجمالی در ارتباط با مقولات اخلاقی مرتبط با اهدای گامت و جنین، روش دسته‌بندی، رویکرد به آنها و یافتن راه حل مناسب برای آنها با استفاده از روش اصول‌گرایی و کاربرد اصول چهارگانه اخلاق پزشکی شرح داده شد. به نظر می‌رسد که استفاده از روش اصول‌گرایی و استفاده از اصول چهار گانه ضمن حصول اجماعی در میان معتقدین به نظریه‌های مختلف اخلاقی، روشی جامع و قابل استفاده برای طبقه‌بندی مقولات اخلاقی، رویکرد روشمند به آنها، و حل آنها در چار چوبی قابل قبول برای ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات و کل جامعه می‌باشد. البته استفاده از این اصول شبیه به «پختن غذا از روی کتاب آشپزی» نیست، بلکه نیازمند قضاوت فردی برای یافتن مصادیق، شناخت موارد تعارض و برخورد دلالت‌های اصول با یکدیگر و اولویت‌بندی و دآوری در این موارد است، چنان که

این رویکرد در حل مشکلات اخلاقی و عدم حساسیت فرهنگی آن در کل، این رویکرد به عنوان روشی جامع برای طبقه‌بندی، بررسی و حل مسائل اخلاقی به جامعه پزشکی معرفی شود و اثر بخشی آن در عمل با پژوهش‌های مداخله‌ای (مداخله آموزشی و سنجش نتایج رفتاری) سنجیده شود.

تشکر و قدردانی

با سپاس ویژه از جناب آقای دکتر محمد مهدی آخوندی، ریاست محترم پژوهشکده ابن سینا بابت پیشنهاد چاپ این مقاله در نشریه پایش و سرکار خانم الهام رجبی بابت همکاری ایشان در جهت آماده‌سازی این مقاله برای ارائه به نشریه.

نمونه‌های متعددی از چنین مواردی در ضمن این مقاله مورد بررسی قرار گرفت.

از دیگر سو، به نظر می‌رسد که قدری همپوشانی میان دو اصل سودرسانی و ضرررسانی وجود داشته باشد به طوری که برخی از مقولات را بتوان ذیل هر دو عنوان فوق طبقه‌بندی و بررسی کرد. اما در عین حال، استفاده از اصول چهار گانه موجب می‌شود که ضمن دستیابی به روشی مناسب برای طبقه‌بندی، بتوان در هنگام بررسی مسائل از رویکردی جامع که تمامی جوانب اصلی را ملحوظ می‌دارد بهره برد، و در نهایت نتیجه‌گیری را بر استدلال‌هایی بنا کرد که از حداکثر قابلیت پذیرش عمومی برخوردارند. بحث درباره تطبیق فرهنگی جزئیات این رویکرد، از قبیل اولویت بندی آنها با توجه به ملاحظات و اصول فرهنگ بومی می‌تواند موضوع مطالعات بعدی باشد. پیشنهاد می‌شود که در حال حاضر، با توجه به توانایی‌های

منابع

- 1- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th Edition, Oxford University Press: New York, 2001
- 2- Ainslie DC, Principlism, Post SG. Encyclopedia of Bioethics. 3rd Edition, McMillan Reference: New York, 2004
- ۳- لاریجانی باقر، پزشک و ملاحظات اخلاقی، مروری بر مبانی اخلاق پزشکی، چاپ اول، برای فردا، تهران، ۱۳۸۳
- 4- Kuhse H. Patient- centered ethical issues raised by the procurement and use of gametes and embryos in assisted reproduction. WHO: current practices and controversies in assisted reproduction: Report of a WHO meeting, 2001
- 5- Papadimos TJ, Papadimos AT. The student and the ovum: the lack of autonomy and informed consent in trading genes for tuition. Reproductive Biology and Endocrinology. 2004; 2: 56
- 6- Pennings G. Commentary on Craft and Thorn hill: new ethical strategies to recruit gamete donors. Reproductive Biomedicine Online 2005; 10: 307-309
- 7- Goold I. Should older and postmenopausal women have access to assisted reproductive technology? Monash Bioethics Review 2005; 24: 27-46
- 8- Van Katwijk C, Peeters LL. Clinical aspects of pregnancy after the age of 35 years: a review of the literature. Human Reproduction Update 1998; 4: 185-94

- 9- Parks JA. A closer look at reproductive technology and postmenopausal motherhood. Canadian Medical Association Journal 1996; 154: 1189-91
- 10- Peterson MM. Assisted reproductive technologies and equity of access issues. Journal of Medical Ethics 2005; 31: 280-85
- 11- Golombok S. Unusual families. Reproductive Biomedicine Online 2005; 10: 9-12
- 12- Fuscaldo G. Fatherless Families: how important is genetic relatedness? Monash Bioethics Review 2002; 21: 18-29
- 13- Robinson BE. Birds do it Bees do it so why not single women and lesbians? Bioethics 1997; 11: 217-27
- 14- Cannold L, Gillam L. Regulation, consultation and divergent community views: the case of access to ART by lesbian and single women. The Journal of Law Medicine and Ethics 2002; 9: 498-510
- 15- Stern JE, Cramer CP, Garrod A, Green RM. Access to services at assisted reproductive technology clinics: a survey of policies and practices. American Journal of Obstetric and Gynecology 2001; 184: 591-97
- 16- Frith L. Gamete donation and anonymity: the ethical and legal debate. Human Reproduction 2001; 16: 818-24
- 17- Parker MJ. Til Death us do part: the ethics of postmortem gamete donation. Journal of Medical Ethics 2004; 30: 387-8

18- Grundy R, Larcher V, Gosden RG, Hewitt M, Leiper A, Spoudeas HA, et al. Fertility preservation for children treated for cancer (2): ethics of consent for gamete storage and experimentation. *Archives of Disease Childhood* 2001; 84: 360-62

19- Marshall LA. Intergenerational gamete donation: ethical and societal implications. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 1998; 178: 1171-76

20- Sauer MV. Gender selection: pressure from patients and industry should not alter our adherence to ethical guidelines. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 2004; 191: 1543-45

21- Meseguer M, Garrido N, Remohi J, Simon C, Pellicer A. Gender selection: ethical, scientific, legal, and practical issues. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 2002; 19: 443-46

22- Sills ES, Palermo GD. Preimplantation genetic diagnosis for elective sex selection, the IVF market economy and the child- another long day's journey into night? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 2002; 19: 433-37

23- Hanson C, Hamberger L, Janson PO. Is any form of gender selection ethical? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 2002; 19: 431-2

24- Mori T, Watanabe H. Ethical consideration on indications for gender selection in Japan. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 2002; 19: 420-25

25- Robertson JA. Preconception gender selection. *American Journal of Bioethics* 2001; 1: 2-9

26- Parikh FR. Ethical differences between sex selection by sperm and embryo? *Fertility and Sterility* 2002; 77: 202-3

27- Hossain AM, Barik S, Rizk B, Thorneycroft IH. Preconceptional sex selection: past, present, and future. *Archives of Andrology* 1998; 40: 3-14

28- Wertz DC, Fletcher KJC. Bergk; Review of ethical Issues in medical genetics: Report of consultants to WHO: Geneva, 2003

۲۹- پژوهشکده ابن سینا، روش‌های نوین تولید مثل انسان از دیدگاه فقه و حقوق (مجموعه مقالات)، چاپ دوم، سمت، تهران، ۱۳۸۲

30- Pennings G. Distributive justice in the allocation of donor oocytes. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 2001; 18: 56-63

31- Husain FA. Reproductive issues from the Islamic perspective. *Human Fertility*. 2000; 3: 124-28

32- Serour GI, Aboulghar MA, Mansour RT. Bioethics in medically assisted conception in the Muslim world. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 1995; 12: 559-65

33- Al-Hasani S. Islamic consideration (in Suni School) regarding bioethics and ART (especially oocyte and embryo donation) and the law in Germany. The proceedings of gamete and embryo donation in infertility treatment, Tehran, Iran: 1-2 March 2006

34- Serour GI. Religious perspectives of ethical issues in ART 1. Islamic perspectives of ethical issues in ART. *Middle East Fertility Society Journal* 2005; 10: 185-90

۳۵- خامنه‌ای سیدعلی، رساله اجوبه الاستفتائات (ترجمه فارسی)، چاپ پنجم، هدی، تهران، ۱۳۸۲

۳۶- مجلس شورای اسلامی، قانون نحوه اهداء جنین به زوجین نابارور، تاریخ ۱۳۸۲/۵/۱۴، شماره ۳۳۷۰۴، در: بررسی قانون اهداء جنین، چالش‌ها و راهکارها، چاپ اول، اداره انتشارات و چاپ دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ۱۳۸۴

۳۷- هیأت وزیران، آئین نامه اجرایی قانون نحوه اهداء جنین به زوجین نابارور، تاریخ ۱۳۸۳/۱۲/۲۴، شماره ۵۴۰۱۶/ت/۳۱۱۹۷، در: بررسی قانون اهداء جنین، چالش‌ها و راهکارها، چاپ اول، اداره انتشارات و چاپ دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ۱۳۸۴

۳۸- زاهدی فرزانه، لاریجانی باقر، ملاحظات اخلاقی در اهدای گامت و جنین، فصلنامه اخلاق در علوم و فن آوری، ۱۳۸۶ (در نوبت چاپ)