

مطالعه تطبیقی اهدای جنین از منظر فقه و حقوق پزشکی

محمود عباسی

راحله رضایی^۱

چکیده

با تولد اولین نوزاد ناشی از لقاح خارج رحمی در سال ۱۹۷۸م، آگاهی مردم از روش‌های جدید درمان ناباروری افزایش یافت. به کارگیری این تکنیک‌ها امید را برای گروهی از زوج‌ها - که پیش از آن تصور می‌کردند هرگز صاحب فرزند نمی‌شوند - به ارمغان آورد. از جمله این روش‌ها، اهدای تخمک، اسپرم و جنین است که به عنوان «باروری جایگزین» و یکی از راه‌های موفق درمان ناباروری مطرح شده است. «اصول باروری جایگزین» و شرایط آن در قانون و آیین‌نامه‌های اجرایی مربوط آمده است؛ اما آنچه در این میان حایز اهمیت است، اطمینان از سلامت اهداکننده، دریافت‌کننده و تطابق خصوصیات و ویژگی‌های ظاهری، خونی، فرهنگی، اجتماعی و دینی است. اولین اقدام در این زمینه آگاهی زوجین از چگونگی دریافت گامت یا جنین اهدایی است تا نگرانی‌های حاصل از این عمل، خطرات احتمالی، درصد موفقیت، هزینه‌های مربوطه، مسائل شرعی و قانونی متعاقب آن، محرمانه بودن هویت‌دهنده و گیرنده از یکدیگر و سلامت گامت یا جنین مورد ارزیابی قرار گیرد. این روش‌های نوین در کنار جنبه‌های درمانی، ابعاد حقوقی و اخلاقی پیچیده‌ای دارند که براساس شرایط فرهنگی، اجتماعی و اعتقادی هر کشور نیازمند دقت نظر خاص بوده و باید مورد توجه قرار گیرند.

واژگان کلیدی

اهدای جنین، قوانین حقوقی، قواعد اخلاقی.

۱. کارشناس ارشد حقوق بین‌الملل، پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی و عضو پیوسته انجمن علمی حقوق پزشکی ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

مطالعه تطبیقی اهدای جنین از منظر فقه و حقوق پزشکی

از مدت‌ها پیش مطبوعات و رسانه‌های گروهی به بحث در خصوص تحقیقات علمی و نتایج حاصل از چشم‌انداز مربوط به تولید مثل انسانی و به ویژه روش‌های نوین درمان ناباروری پرداخته‌اند، در فراسوی پیشرفت‌های احتمالی و شناخت روش‌های جدید تولید مثل، سؤالاتی از این قبیل شکل می‌گیرد که چرا به جنبه‌های اخلاقی و حقوقی مسأله‌ای به این مهمی که منافع شهروندان را دربر دارد و نتایج آن بعضاً چشمگیر است، توجه چندانی نمی‌شود و چرا قوانین و دستورالعمل‌های مربوط گنگ و ناقص بوده و نمی‌توانند پاسخگوی سؤالات بی‌شمار زوجینی باشد که از روش‌های جدید درمان ناباروری بهره می‌گیرند؟ لذا متخصصین مربوط باید با بررسی حقوقی و اخلاقی این روش‌ها، پاسخگوی سؤالات متعدد مطرح‌شده باشند. متأسفانه تحقیقات و قوانین، پا به پای هم پیش نمی‌روند. به عنوان نمونه در مورد جنین و مسائل پیرامون آن با تأخیرهای طولانی در قانونگذاری مواجهیم، گاهی زمینه‌های جامعه‌شناختی وجود دارد که قانونگذار نمی‌تواند از آن چشم‌پوشی کند.

جان برنارد جمله معروفی دارد و می‌گوید: «آن چیزی که علمی نیست، اخلاقی هم نیست»؛ بدون اینکه فراموش کنیم که چیزی که اخلاقی است، الزاماً علمی نیست و اخلاق در حقیقت چیزی جز علم نیست.

با توجه به مباحث مطرح‌شده، زوجینی که از روش‌های نوین درمان ناباروری استفاده می‌کنند، باید از قوانین مربوط آگاهی کامل داشته باشند. لذا مشورت با افراد متخصص در این حوزه به ویژه وکلای مجرب تأثیر بسزایی بر روند درمان و آینده والدین و فرزندانشان دارد.

در این مقاله سعی شده با نگاهی مقارنه‌ای و تطبیقی به موضوع، وضعیت اهدای جنین از منظر اخلاق و حقوق پزشکی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با تشریح رویکرد قانونگذار ایران مقاله را با ارائه پیشنهاداتی به پایان برد.

۱. بررسی اهدای جنین از منظر فقه و حقوق پزشکی

بسیاری از مباحث اخلاق، فقه و حقوق پزشکی، به نوعی با شأن و کرامت انسانی در ارتباط است. از نظر اسلام، انسان موجودی است دارای جسم و روح که از نطفه آفریده می‌شود. طی مراحل پیچیده‌ای نطفه به علقه و سپس به مضغه تبدیل شده و سپس استخوان‌ها و گوشت اطراف آنها شکل می‌گیرد. (سوره سجده، آیه ۸، سوره الحج آیه ۵، سوره المؤمنون آیه ۱۴)

در کنار رشد جسمانی با دمیده شدن روح در جنین تحولی دیگر آغاز می‌شود. این امر در آیات قرآنی و روایات معتبر به صراحت آمده است. وجود روح در انسان، باعث تمایز انسان از سایر موجودات می‌شود و این منشأ کرامت انسانی است.^۱

تا زمانی که جنین به مرحله ولوج روح نرسیده باشد، هنوز به مرتبت انسانی نرسیده و شأن و کرامت انسانی را ندارد. ولی گویا نوعی حرمت برای جنین در این مرحله از حیات ثابت شده است. اما به محض دمیده شدن روح در جنین، مرتبت انسانی شکل می‌گیرد و احکام الهی بر آن بار می‌شود. (امام خمینی، ج ۲، ص ۵۹۷، علامه حلی، ج ۳، ص ۶۹۴، شهید ثانی، ص ۲۸۸، طباطبائی، ج ۲، ص ۵۶۰)

در گذشته ناباروری را تقدیری الهی می‌دانستند، اما امروزه با پیشرفت‌های علمی جدید در حوزه فناوری‌های نوین زیست‌پزشکی، زوجین نابارور این امکان را یافته‌اند که تقدیر الهی را تغییر داده و سرنوشت دیگری را رقم بزنند. اما اسلام برای بهره‌گیری از این فناوری‌ها توصیه‌های فراوانی دارد. علم پزشکی جایگاه

خاصی دارد، به طوری که در کنار دین قرار گرفته و شأنی عظیم یافته است. (الکراچکی، ج ۲، ص ۱۰۷ و علامه مجلسی، ج ۱، ص ۲۲۰) این تکریم از علم پزشکی نشان می‌دهد که در اسلام علاج بیماری‌هایی که با تقدیر الهی ایجاد می‌شوند، به علم پزشکی سپرده می‌شود. (الشیخ المفید، ص ۱۴۴) اینک روش‌های نوین درمان ناباروری علیرغم تأثیرات مثبتی که بر روابط خانوادگی داشته، نگرانی‌هایی نیز در حوزه‌های فردی و اجتماعی ایجاد کرده است؛ از جمله این نگرانی‌ها، آینده فرزندان است که از این طریق به دنیا می‌آیند. مشکل دیگر نگرانی مربوط به خانواده و سنت فامیلی است. آیا استفاده از رحم جایگزین، ارزش‌های سنتی خانواده را تحت تأثیر منفی قرار نمی‌دهد؟ مادران با چه مشکلات روحی مواجه می‌شوند؟ آیا این اقدامات زنان را تحت تأثیر منفی قرار نمی‌دهد؟ آیا این اقدامات زنان را تحت فشار خواسته‌های مردانه قرار نمی‌دهد یا برعکس به زنان آزادی بیشتری می‌دهد؟ نگرانی دیگر مربوط به شخص ثالث است که با اهدای اسپرم، تخمک و یا جنین سعی در برطرف کردن مشکل ناباروری زوج داشته است. آیا این کار از نظر اخلاقی و شرعی درست است و تحت چه شرایطی باید صورت گیرد؟ ارتباط عاطفی شخص ثالث با فرزندان آینده چگونه باید باشد؟ آیا شخص ثالث باید ارتباط خود را با فرزندان همسران قطع کند یا باید قائل به محرمانگی بود؟

در این زمینه آیا دولت‌ها و نهادهای مدنی باید در امور شخصی افراد مداخله کنند و یا برعکس نباید در امور شخصی شهروندان دخالت کنند. سنت‌های اجتماعی نیز نباید مانع آزادی‌های فردی شوند. حق تولید مثل با هر روشی از حقوق افراد است و هر کسی می‌تواند از این حقوق بهره‌مند شود. اما در این طرز تفکر نیز گاهی محدودیت‌هایی به چشم می‌خورد. مثلاً قوانینی وضع شده که به موجب آن افرادی که فرزندان عقب‌افتاده به دنیا می‌آورند، از این حق محروم

می‌شوند. از موارد استثنای دیگر، در موردی است که طرف ثالث یا زوج را ملزم نمایند که برای اقدامات درمانی خود از دولت یا نهادهای مربوطه مجوز بگیرد، در حالی که برخی اشخاص ثالث دوست ندارند، این اقدام آنها فاش شود. در اخلاق اسلامی آزادی و حق تولید مثل برای زوجین وجود دارد که هرگاه بخواهند به روش‌های نوین ناباروری دست یابند و فرزند برای خود اختیار کنند؛ اما دلیلی شرعی از آیات و روایات برای منع این عمل وجود ندارد. (رضانیا معلم، ص ۱۵۰)

در این زمینه از نظر اخلاقی نیز با محدودیت‌های خاصی مواجهیم. یکی از معضلات اخلاقی تفکیک معنای مادری و پدری سنتی است. ممکن است جنین حاصل از تلقیح گامت یک زن و مرد بیرون از خانواده باشد، آنگاه مادری جایگزین، جنین را حمل می‌کند و پس از زایمان آن را به پدر و مادر حقیقی تحویل می‌دهد. در این مورد ما با سه مفهوم مواجه می‌شویم: یکی پدر و مادر ژنتیکی، دیگری مادر جایگزین و سوم پدر و مادر پرورش‌دهنده. مسلماً این تفکیک‌ها تأثیرات اخلاقی و حقوقی بر فرزند خواهند داشت. از مهمترین تأثیرات گمنامی و مبهم بودن هویت فرد است که اکثر نظام‌های حقوقی آن را پذیرفته‌اند و حتی برخی از اندیشمندان حقوق بشر عقیده دارند، بچه حق دارد بداند که والدین ژنتیکی او چه کسانی هستند و هیچ کس نمی‌تواند این حق را از او سلب کند. متأسفانه به دلیل تازگی باروری شخص ثالث، عواقب دراز مدت روانی برای کودک حاصل از این نوع باروری هنوز شناخته شده نیست.^۲ باید قوانینی وجود داشته باشد تا نگرانی‌های بعدی ناشی از استفاده از این فناوری را حذف نموده یا کاهش دهد. رضایت کامل طرفین در انتخاب هر یک از روش‌های درمانی از نکات مهم و اساسی است. این رضایت باید تعهد اهداکننده گامت یا جنین و یا اجاره دهنده رحم را در صرف‌نظر کردن از تمامی حقوق و تکالیف ناشی از

فرزنددار شدن روشن ساخته و به صراحت بیان کند که زن نابارور مادر قانونی کودک است. با توجه به نکات فوق مشورت با وکیل مطلع در این زمینه ضروری است.

۲. بررسی اهدای جنین در پرتو مطالعه تطبیقی

در بین کشورهای مختلف تعداد محدودی از کشورها در مواجهه با مسأله اهدای گامت یا جنین به وضع قانون پرداخته‌اند و قانونگذاری در کشورهای مختلف با فرهنگ‌های متفاوت آنها هماهنگی دارد. بدین ترتیب که برخی از کشورها تمام شکل‌های اهدای گامت و جنین را مجاز می‌دانند، برخی اجازه اهدای اسپرم را می‌دهند، اما اهدای تخمک و جنین را منع می‌کنند و گروهی نیز اهدا را در تمام شکل‌های آن غیر مجاز تلقی می‌کنند.^۳ در کشورهای در حال توسعه که اغلب کشورهای اسلامی را نیز دربر می‌گیرد، قوانین و مقررات خاصی برای اهدای جنین تدوین نشده است، برخی کشورها فاقد قوانین خاص بوده، ولی طرح‌هایی در دست تنظیم دارند. در مقابل گروهی از کشورها نیز قوانین جامع و کاملی در این زمینه تصویب نموده‌اند. کشورهای مثل فرانسه، دانمارک و اسپانیا از جمله کشورهایی هستند که برای رازداری در اهدای جنین اهمیت خاصی قائل بوده و استفاده از روش گمنامی را مبنای قضاوت خود قرار داده‌اند. در این کشورها اطلاعات مربوط به اهداکننده و دریافت‌کننده جنین ثبت شده و کاملاً محرمانه باقی می‌ماند.^۴

در فرانسه، مقررات جامعی در مورد تلقیح مصنوعی در سال ۱۹۹۴م. وضع شد. این مقررات در دو فصل با عناوین «کمک پزشکی» و «مقررات ویژه مربوط به اهدا» تصویب شد؛ ضمن آنکه جنین ناشی از لقاح مصنوعی تحت شرایط پیش‌بینی شده در مقررات مربوط به بهداشت و سلامت عمومی، قانونی شناخته شده است.

همچنین مقرراتی در زمینه مداخله شخص ثالث پیش‌بینی شده که البته جنبه ثانوی دارد و در مواردی مجاز است که باروری با نطفه زوجین ممکن نباشد. (صفایی، شماره ۶۴، ۱۳۸۳ ش.)

در این کشور برای اهدا، شرایطی در نظر گرفته شده است؛ از جمله: ایمنی بهداشتی، رضایت اهداکننده، تبرع و گمنام بودن. همچنین علاوه بر زن و شوهر، زن و مردی که دو سال زندگی مشترک داشته باشند، می‌توانند درخواست دریافت جنین نمایند. اهدا و پذیرش جنین زمانی مجاز است که تولید مثل مصنوعی، ابتدا با استفاده از گامت زوجین و سپس با آمیزش گامت یکی از آنها با گامت شخص ثالث امکان نداشته باشد و در این زمینه تفاوتی بین اتباع کشور و بیگانه وجود ندارد. در حقوق فرانسه لازم است گامت‌های حاصل از زن و شوهر قانونی باشد. به علاوه فوت هر یک از درخواست‌کنندگان مانع انتقال جنین است و برای تخلف از مقررات اهداء جنین ضمانت اجرای کیفری پیش‌بینی شده است. (صفایی، شماره ۶۴، ۱۳۸۳ ش.)

در انگلستان در سال ۱۹۹۰ قانون جامعی تحت عنوان «قانون جنین‌شناسی و تلقیح مصنوعی انسان» به تصویب رسید. در این کشور برای تحقیقات جنینی و نگهداری و انجماد جنین آزادی بیشتری وجود دارد. (روشن، ۱۳۸۶ ش.)

سوئد، روسیه، استرالیا، اتریش، نروژ، دانمارک، هلند، پرتغال و خیلی از کشورهای اروپایی اقدام به تصویب قوانین خاصی در خصوص تلقیح مصنوعی نموده و به موجب آن مسائل ناشی از به‌کارگیری این روش‌ها را از جهات اخلاقی و حقوقی تنظیم نموده‌اند. (همان)

در بیشتر کشورهای اروپایی، طبق گزارش‌های منتشر شده که به تأیید اتحادیه اروپا نیز رسیده است، اختلافات بسیاری در قوانین اهداء به چشم می‌خورد. دامنه این تفاوت‌ها به قدری گسترده است که بعید به نظر می‌رسد نمایندگان پارلمان

اروپا درخصوص بارورسازی و جنین‌شناسی به‌عنوان بخشی از اجلاس اخلاق زیستی به توافق برسند. این اختلاف‌ها زمانی بیشتر نمایان شد که تعداد زیادی جنین انسانی طی سه هفته در بریتانیا از بین رفت و همین مسأله مباحث چالش‌برانگیزی را در مطبوعات ملی و بین‌المللی مطرح ساخت. (روشن، ۱۳۸۶ش). برای نگهداری و استفاده از جنین در اروپا چهار رهیافت قانونی مشخص شده که عبارتند از: رهیافت بازدارنده، رهیافت کنترل‌کننده محتاط، رهیافت کنترل‌کننده آزاد و رهیافت اقتصاد آزاد. کشور آلمان نمونه‌ای از رهیافت اول یعنی بازدارنده است. قانون حمایت از جنین که در سال ۱۹۹۰م. در این کشور به تصویب رسید بخشی از قانون جنایی اروپاست که مجازات زندان را برای آن در نظر گرفته است. طبق قوانین آلمان، بارورسازی یک تخمک برای هدفی جز ایجاد بارداری در زنی که تخمک از آن اوست، ممنوع می‌باشد.

همچنین بارورسازی بیش از حد نیاز برای جایگزینی در یک سیکل، غیرقانونی است و حداکثر سه جنین می‌تواند در یک چرخه جایگزین شوند. بر این اساس نگهداری، اغماء و اهدای جنین ممنوع است؛ اگر چه انجاماد قبل از آمیزش مجاز شناخته شده است. محدودیت در قوانین آلمان را شاید بتوان به ائتلاف مذهب و ملیت ملی نسبت داد، زیرا مردم آلمان مردمی متعصب و واقع‌بین هستند. از سوی دیگر نگهداری جنین‌های منجمد شده در آلمان محدودیتی ندارد. آزمایش روی جنین انسان نیز طبق قوانین آلمان کاری غیرقانونی است. همچنین آزمایش‌های حیوانی و انسانی و ایجاد موجودات دورگه نیز غیرقانونی است.^۵ ایتالیا از جمله کشورهایی است که رهیافت اقتصاد آزاد را انتخاب کرده است. تلاش به منظور معرفی قوانین حاکم بر اخلاق زیستی، ژنتیک و زندگی با مخالفت حزب کاتولیک و کلیسای رم مواجه شد. حزب کاتولیک در ایتالیا حزب اکثریت است

و عدم تمایل مردم برای بحث در خصوص کدهای اخلاق زیستی و حمایت ضعیف از حقوق بیماران یا پزشکان در حوزه پزشکی بارورسازی، خلأ قانونی ایجاد کرده است. همچنین مؤسسات حقوقی سلامت برای هر نوع مداخله و با هر قیمتی آزادند. فرانسه از کشورهایی است که رهیافت کنترل‌کننده محتاط را برگزیده است.^۶

طبق قانون ۱۹۹۲م. دانمارک، جنین انسان ممکن است، تنها برای یک سال به صورت منجمد نگه داشته شود و باید با مرگ یکی از زوجین یا با طلاق از بین برود و تحقیقات باید به کمیته‌های اخلاقی گزارش داده شود. (کلارک، ۲۰۰۹م.)

کشور سوئد اجازه تحقیق روی جنین را بعد از چهارده روز داده است؛ اما بیشتر کشورها هرگونه تغییر در سلول جنینی را ممنوع کرده‌اند.^۷ نروژ اجازه تحقیقات روی جنین را داده است. اما در کشورهای آسیایی، مسائل اخلاقی و حقوقی ناشی از اهدای گامت یا جنین متفاوت از اروپا است و براساس معیارهای بین‌المللی، تقریباً ۲۶۰ مرکز درمان ناباروری در آسیا وجود دارد که نیمی از آن‌ها در کشور ژاپن واقعند و به‌طور متوسط هر مرکز به جمعیتی ۱۳ میلیونی خدمات ارائه می‌دهد. در آن دسته از کشورهای آسیایی که استانداردهای زندگی در سطح بالایی است، دسترسی به خدمات این مراکز شبیه کشورهای غربی است. (کلارک، ۲۰۰۹م.) با این وجود در بیشتر کشورهای آسیایی، روش‌های درمان ناباروری به شکل قانونی موجود نمی‌باشد. هم‌اکنون در ۲۰ کشور آسیایی روش‌های درمان ناباروری اجرا می‌شود.

سابقه تاریخی، فرهنگی و مذهبی در بسیاری از کشورها تأثیر بسزایی بر اجرای این تکنولوژی‌ها دارد. اما لازم است با نظارت کافی روی این مراکز نوعی کنترل نظارت به کار گرفته شود و تمامی بخش‌ها به بالاترین حد استاندارد، در این زمینه

نایل آیند. با وجود تنوع زیاد در معیارهای استاندارد، معیار انتخاب بیمار و پروتکل‌های درمانی، تکنولوژی درمان را به ابزاری مهم در درمان زوج‌های نابارور در بسیاری از کشورها تبدیل کرده است. اما همزمان با پیشرفت‌های زیادی که در این زمینه حاصل شده، لازم است تا محدودیت‌هایی نیز اعمال شود و کنترل‌هایی صورت پذیرد.

تضاد آشکاری در رفتار نسبت به اهدای جنین در کشورهای مسلمان و غیرمسلمان مشاهده می‌شود. در بیشتر کشورهای اسلامی اهدای گامت ممنوع است، اما در هند و بیشتر کشورهای شرق آسیا این روش مجاز شناخته شده است. تقریباً در تمام کشورهای آسیایی مسلمان و غیرمسلمان با بچه‌هایی که از طریق اهدای جنین متولد می‌شوند، به عنوان فرزندان قانونی رفتار می‌شود و حتی اطلاعاتی درباره چگونگی تولد آنها ارائه نمی‌شود. در سنگاپور، تایلد و هند، دهنده اسپرم گمنام است؛ در حالی که دهنده تخمک می‌تواند آشنا، مثلاً یک دوست یا یکی از اعضای فامیل باشد. انجماد جنین تقریباً در تمام کشورهای آسیایی انجام می‌شود و تنها اندونزی از این قاعده مستثنی است. رحم جایگزین در سه کشور آسیایی کره، تایلد و هند پذیرفته شده، اما دیدگاه‌ها و رفتارها نسبت به تحقیقات جنینی متفاوت است.

نکته قابل توجه این است که با وجودی که میزان ناباروری در کشورهای آسیایی با توجه به جمعیت بیشتر این کشورها به مراتب بالاتر از کشورهای اروپایی است، اما دسترسی به خدمات مراکز ناباروری در سطحی بسیار پایین است و این به واسطه اختلاف در سطح زندگی مردم آسیا و اروپاست. امروزه بیشتر کشورهای آسیایی در حال توسعه هستند، در حالی که اکثر جمعیت آنها درآمدهای پایینی دارند و استطاعت پرداخت هزینه‌های بالای مراکز

ناباروری را ندارند. در کشورهایی که سهمی در انقلاب صنعتی داشتند و از استانداردهای بالاتر زندگی برخوردارند، دستیابی به خدمات مراکز ناباروری مثل کشورهای غربی است. کشورهایی مثل ژاپن، هنگ کنگ و سنگاپور از این دسته هستند. در برخی کشورها دولت و در برخی نیز اشخاص بر اجرای این قوانین نظارت دارند. در برخی کشورها مراکز درمان ناباروری استانداردهای اخلاقی خودشان را تحمیل می‌کنند، درحالی که در بیشتر کشورهای آسیایی این خدمات آزاد است و هیچ قانون کیفری، مقررات و یا رهنمودهای خاصی مشاهده نمی‌شود. نظارت و کنترل کیفیت خدمات این مراکز تنها در چند کشور به اجرا گذاشته می‌شود.

اسلام با حدود ۴۳۰ میلیون نفر پیرو در آسیا، مذهب اصلی در جنوب غربی آسیا، پاکستان، مالزی و اندونزی است. پیروان هندوئیسم حدود ۲۵۰ میلیون نفر و مذهب اصلی در هند و همچنین تایلند می‌باشد و دیگر مذاهب مهم مثل تائوئیسم در چین و شینتو در ژاپن طرفداران بیشتری دارند. در هر کدام از این کشورها با توجه به قوانین مذهبی و فرهنگی حاکم، نحوه رویارویی با مسائل اخلاقی و حقوقی ناشی از اهداء گامت یا جنین متفاوت است.

در کشورهای اسلامی قدرت حاکم، مذهب است و قوانین حاکم بر مراکز ناباروری از اسلام نشأت می‌گیرد. طبق اصول اسلامی حق درمان برای زوج نابارور حفظ می‌شود، اما در برخی موارد تفاوت‌هایی بین زن و مرد به چشم می‌خورد. مثلاً مرد اجازه دارد که بیش از یک همسر داشته باشد، لذا با این شرایط اهدای تخمک، در صورتی مجاز است که توسط همسر خود زن مورد استفاده قرار گیرد.

تمام کشورهای که اجازه تحقیقات روی جنین را می‌دهند، آزمایشات جنینی روی جنین ۷ تا ۱۴ روزه را محدود می‌کنند. همچنین در برخی کشورهای آسیایی اجازه انتخاب جنس فرزند را با استفاده از روش‌های نوین نمی‌دهند. در ترکیه - که کشوری آسیایی اروپایی است - شرایط به گونه‌ای دیگر است. نظرسنجی‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که کمتر از یک سوم مردم ترکیه معنای واقعی اهدا را می‌دانند. کمتر از نصف آنها اهدا را مخالف با قوانین مذهبی خود می‌دانند و بیشتر از نصف جمعیت ترجیح می‌دهند که از این روش برای درمان ناباروری استفاده نمایند. درمان ناباروری با کمک شخص ثالث در ترکیه منع شده و زوج‌هایی که نیاز به این نوع درمان داشته باشند، باید به کشورهای اروپایی سفر کنند، اما قانونگذاری درست و مبتنی بر شرایط فرهنگی، مذهبی و اجتماعی می‌تواند به رفع مشکلات موجود کمک نماید.

۳. بررسی اهدای جنین در نظام حقوقی ایران

«باروری جایگزین» یا باروری با کمک شخص ثالث به استفاده از تخمک، اسپرم یا جنینی اطلاق می‌گردد که توسط شخص ثالثی اهدا می‌شود و به وسیله آن امکان تجربه بچه‌دار شدن برای زوجین فراهم می‌آید. (پایان نامه، بررسی فقهی و حقوقی رحم جایگزین، ۱۳۸۷ش). همچنین در اختیار گرفتن رحم دیگری برای پرورش جنین حکم باروری جایگزین را دارد. در این روش زنی طی «قرارداد رحم جایگزین» رحم خود را برای حمل جنین یک زوج نابارور اجاره می‌دهد و جنین را تا هنگام تولد حمل می‌کند. مقدمات روش‌های نوین درمان به گونه‌ای است که همواره نگرانی‌هایی را به دنبال دارد و طبیعت این درمان را همچنان بحث‌برانگیز باقی نگه داشته است.

روش‌های درمانی شامل اهدای اسپرم، اهدای تخمک، اهدای جنین و رحم جایگزین است. استفاده از اسپرم اهدایی زمانی انجام می‌شود که مرد فاقد اسپرم بوده، اسپرم غیر نرمال داشته یا به دلایلی امکان استفاده از اسپرم وی میسر نباشد. استفاده از تخمک اهدایی در مواردی صورت می‌گیرد که تخمک زن غیرطبیعی بوده یا تخمدان به دلایلی عملکرد درستی نداشته باشد. همچنین دلایلی مثل شیمی درمانی و رادیوتراپی یا نگرانی‌های ژنتیکی می‌تواند، در این زمینه مؤثر باشد. اما اهدای جنین - که یکی از مهمترین دستاوردهای قرن اخیر محسوب می‌گردد - در مواردی انجام می‌شود که یکی از زوجین یا هر دو مشکل داشته و امکان مشارکت در تشکیل جنین بیولوژیک خود را نداشته باشند. در این روش درمانی، جنین حاصل از اسپرم و تخمک یک زوج قانونی پس از لقاح به رحم زن انتقال می‌یابد. در صورت وجود اطلاعات پزشکی اولیه و اطمینان از سلامت کامل زوج می‌توان از اهدای جنین بهره جست. این اقدام از لحاظ اخلاقی و حقوقی زمانی قابل قبول است که زوجین در استفاده از جنین خود منصرف شده و با اهدای آن به زوج نابارور موافقت کنند. بر این اساس جلب رضایت آگاهانه اهداکننده جنین ضروری است. در این روش فرزند حاصل از لحاظ زیست‌شناختی ارتباطی با زوج دریافت‌کننده ندارد، اما با توجه به اینکه دوران تکامل جنینی خود را در رحم زن دیگری طی می‌کند، محیط رحم می‌تواند تأثیراتی روی وی داشته باشد.

چنانچه قبلاً نیز اشاره شد، سلامت جسمی و روانی زوج اهدا کننده و دریافت کننده حایز اهمیت است و متخصصان کلینیک اهدا باید بررسی‌ها و معاینات بالینی، تاریخچه پزشکی، سابقه بیماری‌های روحی - روانی، موفقیت فرهنگی - اجتماعی، ضریب هوشی و همچنین اعتقادات مذهبی زوجین را در نظر بگیرند و سپس آنها را در لیست اهداکنندگان یا دریافت‌کنندگان جنین قرار دهند. (بهجتی اردکانی، آخوندی و شیدفر، ۱۳۸۷ش).

دقت نظر و حساسیت زیاد در بررسی‌ها ایجاب می‌کند که تیم پزشکی تا حد امکان از خطرات احتمالی و فشارهای روحی - روانی زوجین کاسته و سلامت آنها را تضمین نمایند. پس از اطمینان از رضایت آگاهانه و آزادانه در انتخاب این روش درمانی، راهنمایی‌های لازم صورت گرفته و اطلاعات درست و کافی ارائه می‌گردد. از سوی دیگر چون تمام اهداکنندگان داوطلبانه و از روی نوع دوستی اقدام به این کار می‌کنند، باید مشاوره کافی به آنها داده شود. همچنین کلینیک‌های اهدا باید رفاه کودک متولد شده را مدنظر قرار دهند. سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که اهدای جنین به چه کسانی توصیه می‌شود؟ در پاسخ باید گفت:

۱. زنی که دارای رحم است، اما تخمدان‌هایش به لحاظ یائسگی زودرس، تولید تخمک نمی‌کنند. زنی که برای درمان سرطان، عفونت لگن یا عفونت دیواره داخلی رحم، تخمدان‌هایش برداشته شده یا به واسطه شیوه درمانی از کار افتاده است، زنی که به علت ابتلا به نوعی بیماری ارثی مثل سندرم ترنر با تخمدان‌های غیرفعال به دنیا آمده یا تخمدان‌هایش تحریک‌پذیر نشان نمی‌دهد. (آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۷ش.)
۲. مردی که اسپرم کمی داشته یا به دلیل از بین رفتن بیضه‌ها در اثر شیمی درمانی یا وازکتومی، توانایی تولید اسپرم را از دست داده است و یا با بیضه غیرفعال به دنیا آمده است. (همان)
۳. زوجی که در معرض خطر اختلال ژنتیکی فرزندانشان باشند. مثلاً زنی که ناقل بیماری‌های جنسیتی مثل هموفیلی و هانتینگتون است. (همان)
۴. هر دو زوج نابارورند، ولی زن قدرت حفظ و نگهداری جنین را دارد.
۵. زوجی که به علت ناهنجاری‌های کروموزومی، حاملگی‌های متناسبی را از دست داده‌اند.

۶. زنانی که شکست‌های پی در پی آی. وی. اف^۱ داشته‌اند.
۷. زنان مسنی که شانس برای بارداری طبیعی ندارند.
۸. افرادی که در جستجوی انتخاب راهی کم هزینه‌تر در مقایسه با سایر روش‌های درمانی هستند.
- روش دیگری که برخی زوج‌های نابارور انتخاب می‌کنند، روش فرزندخواندگی است. اما در مقایسه این روش با روش اهدای جنین به مواردی برمی‌خوریم که شایان توجه است:
- الف) در روش اهدای جنین، زایمان اغلب ظرف یک سال بعد از اولین ملاقات صورت می‌گیرد و این روش سریعی است.
- ب) اهدای جنین نسبت به روش فرزندخواندگی کم‌هزینه‌تر و ساده‌تر است.
- ج) امکان تولد بیش از یک نوزاد در روش اهدا زیاد است.
- د) کودک متولد شده از طریق اهدا می‌تواند تا حدی درباره پدر و مادر واقعی خود کسب اطلاع کند. در روش فرزندخواندگی پدر ژنتیکی جنین مشخص نمی‌شود.
- ه) در روش اهدا شخص دریافت‌کننده، قدرت انتخاب دارد و می‌تواند تا حدی جنین را از لحاظ ژنتیکی انتخاب کند.
- و) در روش اهدا شخص دریافت‌کننده جنین می‌تواند، بارداری را تجربه کند.
- ژ) مادر باردار در روش اهدا می‌تواند پزشک خود را انتخاب کند و نسبت به تولد فرزند و عوارض زایمان تا حدی اعتماد داشته باشد.
- ح) زوجین می‌توانند در روش اهدا از بیمه‌های خدمات درمانی برای خود و فرزندشان استفاده کنند، درحالی‌که در روش فرزندخواندگی فرزند و زوج تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرند.

ط) جمهوری اسلامی ایران با تدوین قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور قانونی را در پنج ماده به تصویب رسانده است که تنها یک روش از روش‌های موجود را به صراحت تجویز کرده است.

ماده یک قانون مزبور مقرر می‌دارد: کلیه مراکز تخصصی درمان ناباروری ذی صلاح مجازند، 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 به اثبات رسیده است، اقدام نمایند.

ماده ۲- تقاضای دریافت جنین اهدایی باید مشترکاً از طرف زن و شوهر تنظیم و تسلیم دادگاه شود و دادگاه در صورت احراز شرایط مجوز دریافت جنین را صادر نماید. در شرایط مطروحه آمده است: زوجین بنا به گواهی معتبر پزشکی، امکان بچه‌دار شدن نداشته باشند، دارای صلاحیت اخلاقی باشند، مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج نباشند، معتاد به مواد مخدر نباشند، محجور نباشند، تابعیت جمهوری اسلامی ایران را داشته باشند.

ماده ۳- وظایف و تکالیف زوجین اهدا کننده و طفل متولد شده از لحاظ نگهداری و تربیت و نفقه و احترام، نظیر تکالیف پدر و مادر و اولاد است.

ماده ۴- بررسی صلاحیت زوجین متقاضی در محاکم خانواده، خارج از نوبت و بدون رعایت تشریفات آیین دادرسی مدنی صورت خواهد گرفت و عدم تأیید صلاحیت زوج قابل تجدیدنظر می‌باشد.

ماده ۵- آیین‌نامه 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.

طبق قانون اهداکنندگان باید واجد شرایط ذیل باشند:

الف) رابطه زوجیت قانونی و شرعی

ب) سلامت متعارف جسمی و روانی و ضریب هوشی مناسب

پ) عدم اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان

ت) عدم ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر ایدز، هپاتیت

تکالیف و وظایف مراکز درمان ناباروری عبارت است از:

مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری مکلف هستند، نسبت به موارد زیر اقدام

نمایند:

الف) نگهداری جنین‌های اهدایی از سوی اهداکنندگان مسلمان و غیرمسلمان به‌طور جداگانه و رعایت تناسب دینی و مذهبی زوج‌های متقاضی با جنین اهدایی در زمان انتقال

ب) دریافت و نگهداری رأی قطعی مراجع قضایی از متقاضی

ج) صدور گواهی و معرفی‌نامه لازم مبنی بر تأیید سلامت جسمی و روانی، برای متقاضیان دریافت جنین طبق مقررات قانونی و آیین‌نامه

د) دریافت، نگهداری و انتقال جنین‌های اهدایی در شرایط کاملاً محرمانه

هر یک از مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری، می‌توانند طبق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بانک جنین دایر کنند. این بانک مسؤول دریافت و نگهداری جنین و انتقال آنها به زوج نابارور طبق مقررات مندرج در قانون و آیین‌نامه اجرایی است.^۹

مرکز مدیریت پیوند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است، طبق دستورالعمل‌های وزارت یاد شده نسبت به دریافت، نگهداری و انتقال جنین نظارت دقیق اعمال کند.^{۱۰}

آیین‌نامه اجرایی مربوط به اهدای جنین با تأخیر قابل توجهی پیشنهاد و در نهایت به تصویب رسید؛ ولی با ورود به جزئیات بیشتر، موارد مبتلا را تبیین نموده و تا حدود زیادی در زمینه اهدای جنین مشکلات قانونی را مرتفع ساخته است. اگر جنین متشکل از اسپرم زوج و تخمک زن بیگانه باشد، و سپس جنین حاصل به رحم زن متقاضی که دارای رابط زوجیت با صاحب اسپرم است منتقل شود، با توجه به تصویب قانون اهدای جنین، این نوع تکوین از حقوق قانونی برخوردار و خودبه‌خود مشمول آن قانون خواهد بود. در شکلی دیگر اگر جنین ناشی از اسپرم و تخمک غیرزوجین باشد، جنین افراد بیگانه به رحم زن متقاضی منتقل می‌شود تا در رحم زوجه تکوین پیدا کند. در این روش از اسپرم و تخمک زوجین قانونی استفاده می‌شود. این موضوع به عنوان یکی از شرایط اهداکنندگان در قانون اهدای جنین آمده است.

در قانون اهدای جنین ایران، ضمن تأکید بر رعایت ضوابط شرعی، باید جنین نیز دارای تکون شرعی باشد. با تصویب این قانون تلاش شده است تا از احتمال سوء استفاده و یا رها شدن طفل متولد در جامعه جلوگیری شود. ضمن آنکه مسأله تابعیت نیز مدنظر بوده است. تعیین وظایف و تکالیف والدین، جنین و کودک به مثابه سایرین از نکات مثبت و مورد توجه قانونگذار است.

در قانون فعلی ایران و برخی کشورها، اطلاعات مربوط به خانواده اهداکننده جنین باید محرمانه بماند؛ اما برخی در این باره چنین استدلال می‌کنند که این حق کودک و هر انسانی است که از هویت و گذشته خود اطلاع داشته باشد. بعضی معتقدند: کودک نمی‌تواند همزمان به دو خانواده دلبستگی داشته باشد و لذا بهتر است خانواده‌ای را انتخاب کند که در رحم مادر آن خانواده رشد کرده و به دنیا آمده و بزرگ شده است، این موضوع در سنین پایین اهمیت زیادی دارد. همچنین

احتمال نیاز کودک به استفاده از اعضای پیوندی در موارد خاص ایجاب می‌کند که گذشته ژنتیکی کودک به‌طور کامل نابود نشود؛ چرا که: این اطلاعات به تیم پزشکی پیوند کمک زیادی می‌کند.

اما یکی از بحث‌انگیزترین مباحث اخلاقی در زمینه اهدای جنین بحث خرید و فروش آن است. مسیر اهدای جنین باید به‌گونه‌ای طراحی شود که جنین به‌عنوان کالا محسوب نگردد، بلکه شأن و کرامت انسانی آن کاملاً حفظ شود. شرایط بین دهنده و گیرنده باید طوری تعیین شود که بعد انسانی و ایثار آن پررنگ‌تر شود.

نتیجه

پیشرفت فناوری در حوزه پزشکی و ابداع روش‌های نوین درمان ناباروری، امید را برای گروهی از زوجین که تصور می‌کردند، هیچ‌گاه صاحب فرزند نمی‌شوند، به ارمغان آورده است. امکان جداسازی تخمک از بدن زن و باروری آن در آزمایشگاه با اسپرم همسر و انتقال جنین حاصل به رحم، موجب تحولی نوین در علم تولید مثل شده است. رشد و توسعه روش‌های لقاح خارج رحمی تا آنجا توسعه یافت که با استفاده از اسپرم یا تخمک شخص ثالث امکان حاملگی برای زوجین محقق شده و این روش به عنوان روشی جایگزین در تکنولوژی تولید مثل مطرح شده، اما استفاده از این روش‌های درمانی مستلزم آگاهی زوجین از شرایط و قوانین حاکم بر اهدای گامت یا جنین است. استفاده از روش‌های نوین درمانی، موضع‌گیری‌های فرهنگی، اجتماعی، اخلاقی، شرعی و حقوقی زیادی را به همراه داشته و مجوز انجام آن در بسیاری از جوامع و کشورها زیر سؤال رفته است، به گونه‌ای که عده‌ای استفاده از این روش‌ها را ممنوع اعلام کردند و بسیاری نیز به دلایل شرعی و قانونی از به‌کارگیری آن‌ها منصرف شدند.

توصیه متخصصان و مسئولین کلینیک‌های ناباروری مجاز، به زوج‌های نابارور این است که قبل از هرگونه اقدامی در این زمینه با افرادی متخصص و مجرب مشورت کنند تا از ابعاد مختلف درمان آگاه شده و مانع شکل‌گیری مشکلات آتی شوند. رضایت طرفین، راهکاری ضروری است. حل مسائل حقوقی و اخلاقی مربوط به استفاده از روش‌های نوین باروری، در میان توانایی‌های فنی در پزشکی باروری پنهان گشته است و متأسفانه عواقب روانی برای کودک حاصل از این نوع باروری هنوز ناشناخته باقی مانده است.

از مشکلات اساسی در فرآیند اهدا، لزوم صرف زمان قابل توجه برای بررسی‌های مختلف روی اهداکننده و دریافت‌کننده است. معمولاً پس از بررسی و مشاوره‌های اولیه، آزمایش‌های تشخیصی و معاینات بالینی صورت می‌گیرد. کاهش درصد قابل توجهی از افراد به دلایل مختلف توسط کلینیک یا انصراف تعدادی از اهداکنندگان از مشکلات این روند تشخیصی - درمانی است.

تأسیس بانکی از دواطلبان اهدا نیازمند حمایت و سرمایه‌گذاری جدی و قاطع مسئولان مراکز ناباروری است. باید توجه داشت که موفقیت در بررسی و ارزیابی مراکز منوط به ضابطه‌مند بودن این فعالیت‌ها، دقت نظر و توجه خاص به نتایج آزمایش‌ها و بررسی‌ها و نگرانی‌های احتمالی پزشکی است. از طرفی تصویب قوانین و مقرراتی جامع و مانع که ابعاد مختلف باروری‌های پزشکی را مورد توجه قرار دهد یکی از ضرورت‌های اساسی است که متولیان نظام سلامت پرداختن به آن را باید وجهه همت خود قرار دهند.

پی‌نوشت‌ها

- ۱- سوره سجده آیه ۹، ثم سواه و نفخ فيه من روحی، همچنين بنگريد: محمد بن الحسن الطوسي، تهذيب الاحكام، ج ۱۰، ص ۲۸۵
- ۲- برای مطالعه بیشتر رک: امامی، اسد الله، مطالعه تطبیقی نسب در ایران و فرانسه، چاپ اول، تهران، مؤسسه حقوق تطبیقی ۱۳۴۹
- ۳- برای مطالعه بیشتر رک: امامی، اسد الله، مطالعه تطبیقی نسب در ایران و فرانسه، چاپ اول، تهران، مؤسسه حقوق تطبیقی ۱۳۴۹
- ۴- برای مطالعه بیشتر رک: امامی، اسد الله، مطالعه تطبیقی نسب در ایران و فرانسه، چاپ اول، تهران، مؤسسه حقوق تطبیقی ۱۳۴۹
- 5- Egg donation, surrogate mothering, and cloning: attitudes of men and women in Germany based on a representative survey, Yve Stobel-Richter., a Susanne Goldschmidt, a Elmar Brahler, a Kerstin Weidner, M.D} and Manfred Beutel, M.D.c
- 6- Code de la santé publique
- 7- Swedish Insemination Act. Sweden. 1984
- ۸- ماده ۸ آیین‌نامه اجرایی قانون نحوه اهداء جنین به زوجین نابارور مصوب ۱۳۸۳/۱۲/۱۹
- ۹- ماده ۹ آیین‌نامه اجرایی قانون نحوه اهداء جنین به زوجین نابارور مصوب ۱۳۸۳/۱۲/۱۹
- 10- Head of Bioethics Department, UNESCO Chair for Human Rights, Peace and Democracy and Director of the Research Center for Ethics and Law in Medicine. Shahid Beheshti University.

فهرست منابع

- آخوندی، محمد مهدی و بهجتی اردکانی، زهره - (۱۳۸۷ش)، رحم جایگزین و ضرورت استفاده از آن در درمان ناباروری، فصلنامه باروری و ناباروری
- امام خمینی، تحریر الوسیله، ج ۲، علامه حلی، قواعد الاحکام، ج ۳، شهید ثانی، الروضة البهية، طباطبائی، ریاض المسائل، ج ۲
- امامی، اسد الله - (۱۳۴۹)، مطالعه تطبیقی نسب در ایران و فرانسه، چاپ اول، تهران، مؤسسه حقوق تطبیقی
- بهجتی اردکانی، زهره؛ آخوندی، محمد مهدی و شیدفر، فاطمه - (۱۳۸۷)، مشاوره و ارزیابی در جایگزینی رحمی، رحم جایگزین، سازمان مطالعه و تدوین (سمت)
- پایان نامه - (۱۳۸۷)، بررسی فقهی و حقوقی رحم جایگزین، کارشناسی ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد
- رضانیا معلم، محمدرضا - باروری‌های پزشکی از دیدگاه فقه و حقوق
- روشن، محمد - (۱۳۸۶)، بررسی حقوقی اهدای گامت و جنین، فصلنامه پایش، سال ششم شماره چهارم
- الشیخ المفید، محمد بن محمد، تصیح الاعتقاد

صفایی، سید حسین - (۱۳۸۶)، تولید مثل مصنوعی با کمک پزشکی و انتقال جنین در حقوق فرانسه و ایران، مجله حقوق دانشکده حقوق و علوم سیاسی (دانشگاه تهران)، شماره ۶۴
الکراچکی، ابوالفتح - کنز الفوائد، ج ۲، علامه مجلسی، بحارالانوار، ج ۱
محمد بن الحسن الطوسی - تهذیب الاحکام، ج ۱۰

Egg donation, surrogate mothering, and cloning: attitudes of men and women in Germany based on a representative survey, Yve Stobel-Richter., a Susanne Goldschmidt, a Elmar Brahler, a Kerstin Weidner, M.D } and Manfred Beutel, M.D.c

Code de la santé publique

P.A. Clark: Embryo Donation/Adoption: Medical, Legal and Ethical Perspectives. The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics. 2009 Volume 5 Number 2. DOI: 10.5580/22df

Swedish Insemination Act. Sweden. 1984

P.A. Clark: Embryo Donation/Adoption: Medical, Legal and Ethical Perspectives. The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics. 2009 Volume 5 Number 2. DOI: 10.5580/22df

Embryo donation, www.IVF.Infe,fitity.com

Gamet and Embryo donation, www.IVF.Infe,fitity.com

Information for potential Embryo Recipients, www. Dream A Baby. co.

www.Pren ws wire.com

Legal aspects of in-vitro fertilization and embryo transfer praetice, Schenker and Frenzel

How can the genetic risks of embryo donation be minimized? Human - Reproduction, www.humrep. Oxfordyouvnals.org

BTM magazine, Europe is divided on embryo regulation

Public Opinion Vega ding oocyte donation in Turkg, human -Reproduction, August 2005

یادداشت شناسه مؤلفان

محمود عباسی: متخصص حقوق پزشکی از دانشگاه سوربن و مدیر گروه حقوق پزشکی و رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نشانی الکترونیک: Dr.abbasi@yahoo.com

راحله رضایی: کارشناس ارشد حقوق بین الملل، پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی و عضو پیوسته انجمن علمی حقوق پزشکی ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

نشانی الکترونیک: rezairahelah@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۴/۱۷