

ملاحظات فقهی، اخلاقی و حقوقی اهدا و اشتراک تخمک در ایران

مونا عودی^۱، رضا عمانی سامانی^{۲*}، لیلا علیزاده^۱

مقاله‌ی مروری

چکیده

در مواقعی یک زوج نابارور برای درمان خود راهی جز استفاده از گامت اهدایی ندارند. اشتراک گذاشتن یا تسهیم تخمک روشی است که در آن بیمار نابارور، تحت درمان و تحریک تخمک گذاری، نیمی از تخمک‌های خود را در ازای گرفتن تخفیف در هزینه‌ی درمان به بیمار نابارور دیگری که دچار اختلال تخمک‌گذاری است اهدا می‌کند.

ایران تنها کشور اسلامی است که در آن نه تنها برنامه‌ی اهدای تخمک رایج است، بلکه برای اهدای تخمک هزینه نیز پرداخت می‌شود. هدف از این بررسی، مقایسه‌ی اشتراک گذاشتن و اهدای تخمک از نظر اخلاقی، حقوقی و فقهی و بررسی مزایا و معایب این روش درمانی در چهارچوب ضوابط اهدا در ایران است.

در این مقاله، بررسی از نظر اخلاقی درباره‌ی موضوع اهدا و اشتراک‌گذاری تخمک انجام شده است و مسائل فقهی نیز از متون اسلامی و فتاوی فقها جمع‌آوری شده است. مسائل اجتماعی و حقوقی با مشورت و همکاری متخصصان و حقوقدانان ارزیابی شده و مقالات، دستورالعمل‌ها و مطالب موجود در این زمینه مورد بررسی قرار گرفته است.

در ایران اهدای تخمک مورد قبول مراجع شیعه است. از آنجایی که اشتراک تخمک نیز شباهت کاملی با روند اشتراک‌گذاری دارد این روش نیز پذیرفته شده است. اشتراک تخمک نسبت به اهدا، از نظر اسلامی (نگاه و لمس)، از نظر اجتماعی (جلوگیری از اهدا تکراری)، مسائل مربوط به هزینه و تبادل پول، عوارض درمان و مشکلات مربوط به تبلیغات و واسطه‌ها دارای مزیت‌هایی است هرچند این روش معایبی نیز دارد. مثلاً کاهش شانس حاملگی فرد با اهدا نیمی از تخمک‌هایش، چالش در رابطه با سلامت اهداکننده و هم‌چنین فشار روانی موفقیت درمان گیرنده در برابر شکست درمان اهداکننده‌ی تخمک نیز وجود دارد. معایب اشتراک تخمک با انجام مشاوره‌ی کامل، اعمال ناشناسی و تدوین دستورالعمل حاوی معیارهای دقیق انتخاب به اشتراک گذارنده قابل برطرف شدن است.

واژگان کلیدی: اشتراک تخمک، اهدای تخمک، اهدا گامت، اخلاق پزشکی، تکنولوژی کمک‌باروری

^۱ گروه اپیدمیولوژی و سلامت باروری، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی باروری، پژوهشگاه رویان جهاد دانشگاهی

^۲ دانشجوی PhD اخلاق پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، خیابان بنی‌هاشم، بالاتر از میدان بنی‌هاشم، حافظ شرقی، پژوهشگاه رویان، دپارتمان اپیدمیولوژی و سلامت باروری، کدپستی: ۹۹۱۱-۶۵-

تلفن: ۲۲۳۳۹۹۲۹، Email: samani@royan.institute.org

مقدمه

از اواخر دهه‌ی هفتاد در قرن بیستم تاکنون، پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه‌ی فناوری‌های کمک‌باروری حاصل شده است. اگرچه در سال ۱۹۷۸ اولین کودک آزمایشگاهی به روش IVF متولد شد (۱)، هنوز در برخی موارد زوجین نابارور راهی جز استفاده از گامت اهدایی برای درمان خود ندارند (۲، ۳). اهدای تخمک، اهدا اسپرم و اهدا جنین از جمله‌ی این موارد هستند. اولین تولد حاصل از اهدای تخمک در سال ۱۹۸۴ گزارش شده است (۴)، در حالی‌که اولین تولد حاصل از جنین اهدایی قبل از آن اتفاق افتاده بود (۵)، احتمالاً، به این علت که به لحاظ اخلاقی استفاده از جنین منجمد اضافی نسبت به القاء تخمک‌گذاری و اهدای تخمک مشکلات کم‌تری دارد. مشکل اساسی در رابطه با اهدای تخمک، مطابقت نداشتن تعداد اهداکنندگان با درخواست کنندگان به‌خصوص در ممالکی که پرداخت هزینه را به اهداکننده مجاز نمی‌دانند، است (۶، ۷). بنابراین، اشتراک تخمک راه‌حل درمانی برای رفع مشکل تعداد اندک افراد اهداکننده در برابر تعداد زیاد متقاضی دریافت تخمک تعریف شده است (۸، ۹). ایران تنها کشور اسلامی است که در آن انواع اهدا انجام می‌پذیرد. در صورتی‌که کشورهای اسلامی دیگر که پیش‌تر جمعیتشان سنی‌مذهب هستند، به‌طور کلی این روش‌ها را حرام اعلام کرده‌اند (۱۰). اهدای تخمک به همراه پرداخت هزینه به اهداکننده در ایران با استناد به فتاوی مراجع تقلید پذیرفته شده و انجام می‌شود. بنابراین، در این مقاله سعی شده با مقایسه‌ی اشتراک و اهدای تخمک، مزایا و معایب هر یک در مقایسه با دیگری به بحث گذاشته شود.

روش کار

بررسی حاضر از نوع اسنادی و کتابخانه‌ای می‌باشد. در این مطالعه، بررسی نسبتاً کاملی از نظر اخلاقی درباره‌ی موضوع اهدا و اشتراک‌گذاری تخمک با جست‌وجوی منابع فارسی در پایگاه‌های اطلاعاتی SID, IranMedex و

سایت‌های انگلیسی PubMed, Google Scholars, Scopus, Embase, CINAHAL و Central انجام شد. کلیدواژه‌ها جهت بررسی: اشتراک تخمک، اهدای تخمک، اهدا گامت، قانون، اخلاق، اسلام، اخلاق پزشکی، تکنولوژی درمان کمک باروری تعیین گردید. مسائل فقهی نیز از کتاب‌ها، متون اسلامی و فتاوی فقها جمع‌آوری شده است. مسائل اجتماعی و حقوقی با مشورت و همکاری متخصصان و حقوقدانان ارزیابی شده و مقالات، قوانین، دستورالعمل‌ها و مطالب موجود در این زمینه مورد بررسی قرار گرفت.

تعاریف

عوامل مختلفی در ناباروری دخیل هستند. یکی از فاکتورهای مهم فاکتور تخمک‌گذاری است. در مواردی که به‌علت نارسایی زودرس تخمدان با برداشتن تخمدان‌ها از راه جراحی به‌دست آوردن تخمک در فرد غیر ممکن است یا به‌علت کیفیت بد اووسیت‌ها استفاده از آن‌ها برای انجام لقاح مناسب نیست می‌توان از تخمک اهدایی استفاده کرد (۱۱، ۳، ۲). این افراد برای فرزنددار شدن نیازمند یک داوطلب هستند تا تحت تحریک تخمک‌گذاری قرار بگیرد و تخمک‌هایشان به فرد نابارور اهدا شود. این تخمک‌ها با اسپرم همسر زن نابارور تلقیح می‌شود و جنین‌های حاصل برای ایجاد حاملگی و تولد فرزند به رحم زن گیرنده انتقال می‌یابد. اهدای تخمک (۱۲) می‌تواند به‌صورت یک عمل انسان‌دوستانه یا در مقابل دریافت هزینه باشد. ضمن آن‌که باید اهداکننده فردی سالم و جوان باشد تا بتوان از وی تخمک‌های سالم، جوان و بارور دریافت کرد (۲، ۳). در مقابل، اگر فرد نابارور بدون مشکل تخمک‌گذاری تحت تحریک تخمک‌گذاری قرار بگیرد و موافقت کند تا نیمی از تخمک‌های خود را در مقابل کاهش هزینه‌های درمانی به فرد نابارور دیگری اهدا کند به آن اشتراک تخمک گفته می‌شود (۸، ۹). نوع دیگری از اشتراک تخمک نیز در سال ۲۰۰۰ میلادی تعریف شده که در آن تخمک یک اهداکننده برای دو دریافت‌کننده استفاده می‌شود

(۱۳)

ایجاد مشکلات دیگری مانند اطلاع نداشتن فرزندان از والدین ژنتیکی خود و امکان ازدواج با خواهر و برادر هم وجود دارد. از سوی دیگر، این احتمال نیز وجود دارد که اهداکننده برای منافع مادی چندین بار در برنامه‌ی اهدا شرکت کند که با این کار، خود و فرزندان را در معرض خطر قرار می‌دهد. کمبود اهداکننده و درخواست‌های زیاد برای گرفتن تخمک افزایش انگیزه‌ی مالی را در پی دارد و وضعیت را پیچیده‌تر می‌کند. از این جهت انجمن‌های بین‌المللی، اهدای تخمک بیش از شش بار توسط یک فرد را ممنوع کرده‌اند (۲۹). به نظر می‌رسد با اشتراک تخمک، این مشکل نیز رفع خواهد شد. چراکه اهداکنندگان خود نیز نابارور و بر درمان خودشان متمرکزند و از آنجا که نسبت به افراد سالم به‌عنوان اهداکننده‌ی عادی ارجحیتی ندارند، احتمال کمی وجود دارد که برای چندبار تخمک اهدا کنند. به‌ویژه اگر درمان موفقیت‌آمیز باشد و بچه‌دار شوند. بنابراین، اشتراک تخمک محدود به سیکل‌های درمانی می‌شود و بدین‌وسیله جلوی اهدای مکرر و عوارض آن گرفته خواهد شد.

وجه فقهی

جدید بودن تکنیک‌های لقاح خارج رحمی و گرایش به درمان ناباروری با روش باروری شخص ثالث در موارد خاص، زمینه‌ی بروز پرسش‌های متعدد شرعی و لزوم برنامه‌ریزی در به‌کارگیری این روش‌ها در ابعاد قانونی را فراهم نموده است. توجه دقیق برخی از اهداکنندگان و دریافت‌کنندگان به نگرانی‌های شرعی در باروری جایگزین و عمل نمودن به ضوابط آن، از موارد با اهمیت در روند اهدا است. در کشورهای اسلامی نیز اهدای اسپرم، تخمک و جنین صورت نمی‌پذیرد، مگر در ایران که بر اساس قانون مصوب مجلس شورای اسلامی، اهدای جنین قابل انجام است و اهدای گامت نیز از نظر برخی از مراجع عظام با شرایط خاص مجاز شمرده شده است (۳۱، ۳۰).

لذا، در بسیاری از جوامع، ارزش‌های مذهبی از عوامل تعیین‌کننده و تاثیرگذار در رفتار افراد محسوب می‌شود.

تحریک تخمک‌گذاری به‌واسطه‌ی تجویز داروهای هورمونی انجام می‌شود و هنگام گرفتن تخمک به بیمار، بیهوشی سبک داده می‌شود، در نتیجه‌ی روند درمانی و مسائل اخلاقی مربوط به تحریک تخمک‌گذاری جزء لاینفک درمان ناباروری و بحث برانگیز است (۱۴). عوارض مصرف داروها از خطر ابتلا به سرطان (۲۰-۱۵) تا موارد تهدیدکننده‌ی زندگی مانند سندرم تحریک بیش از حد تخمدان (۲۱) متغیر است. همچنین، احتمال عوارض جانبی طی چندین سیکل درمان متوالی افزایش می‌یابد (۲۲). اما آیا از نظر اخلاقی صحیح است که یک زن جوان و سالم به صرف این‌که اهداکننده‌ی تخمک است تحت تحریک تخمک‌گذاری قرارگیرد، حتی اگر از نظر مالی خسارت این کار جبران شود؟ این سؤالی است که در مقالات متعدد بارها بدان اشاره شده است (۲۵-۲۳). در برخی کشورها مانند دانمارک، کانادا و اسرائیل استفاده از تخمک اشتراکی تنها روش اهدای تخمک است که از نظر قانونی نیز مورد تایید است (۲۶، ۸). بنابراین، اشتراک گذاشتن تخمک به دلیل این‌که دهنده‌ی تخمک نیز خود مشکل نازایی دارد و فقط به خاطر گیرنده، تحت درمان تحریک تخمک‌گذاری قرار نمی‌گیرد، از نظر اخلاقی مشکل‌ساز نیست و با توجه به خطر داروهای نازایی، به‌نظر می‌رسد اشتراک تخمک از نظر اخلاقی بهتر از اهدای تخمک باشد.

اهدای مکرر تخمک

نتایج مطالعات در امریکا نشان می‌دهد استفاده از اهدای تخمک از ۹۲۶۱ سیکل در سال ۲۰۰۲ (۱۰/۷ درصد از کل موارد ART^۳) (۲۷) به ۱۶۹۷۶ سیکل (۱۲/۲۸ درصد از کل موارد ART) در سال ۲۰۰۶ رسیده است (۲۸). همان‌طور که گفته شد برای اهداکننده‌ای که تحت تحریک تخمدان قرار می‌گیرد، خطرات بالقوه، کوتاه و درازمدت پزشکی وجود دارد که این خطرات با اهدا مکرر افزایش می‌یابد (۲۲). احتمال

³ Assisted Reproductive Technology

رضایت اهداکننده اهمیت زیادی دارد. به طوری که وجود محرک مالی می‌تواند منجر به عدم رضایت آگاهانه و آزادانه از اهداکننده شود. از سوی دیگر، پرداخت وجه در ازای اهدا می‌تواند به‌طور اساسی موجب تغییر رابطه‌ی اهداکننده با فرایند درمان شود و ممکن است فرزندان حاصل به‌خاطر پدید آمدنشان در ازای پرداخت پول، دچار مشکلات روحی شوند (۴۲-۳۹).

برخورد کشورهای مختلف با مسائل اخلاقی مربوط به پرداخت در اهدا متفاوت است. در برخی از کشورها مانند انگلستان به اهداکننده وجهی پرداخت نمی‌شود، در عوض تسهیلاتی مانند تخفیف در رفت‌وآمد یا هزینه‌های دیگر ارائه می‌شود (۴۳). Patrick و همکارانش می‌گویند بیش‌تر اهداکنندگان تجاری پرداخت غرامت مالی در جبران آسیب جسمی را لازم می‌دانند و در صورت برآورده نشدن این خواسته اهدای تخمک انجام نمی‌دهند (۳۹). بسیاری از مراجع بین‌المللی مانند اتحادیه اروپا (European Union) و انجمن اخلاق زیستی نافیلد (Nuffield Council on Bioethics Convention) پرداخت مالی برای اعضای بدن از جمله گامت را ممنوع دانسته‌اند (۲۵). اگرچه در برخی از کشورها مانند آمریکا و ایران اهدا تجاری تخمک قانونی است (۴۴)، توصیه می‌شود که به‌منظور حفظ کرامت انسانی عنوان «فروش» برای اهدای تخمک به‌کار برده نشود. در مقابل، برای اشتراک تخمک، پرداخت مالی مستقیمی وجود ندارد و فقط کاهش در هزینه‌های درمان است که می‌تواند به‌عنوان یک هدیه از طرف گیرنده در نظر گرفته شود و شان انسانی اهداکننده حفظ شود. نکته‌ی قابل توجه آن است که این پرداخت از طریق مرکز درمانی انجام می‌پذیرد و درحقیقت بین طرفین پولی ردوبدل نمی‌شود. ضمن آن‌که در اشتراک تخمک، انگیزه‌ی مالی کم‌رنگ‌تر می‌شود و در مقابل انگیزه‌ی انسان‌دوستانه اهمیت بیش‌تری می‌یابد. طی مطالعات انجام شده پیرامون انگیزه‌ی افرادی که تخمک خود را به اشتراک می‌گذارند، جملاتی مانند «تنها فرد نازا درد نداشتن بچه را

مذهب از جنبه‌های مختلفی با درمان ناباروری در ارتباط است که مهم‌ترین آن‌ها مشروع یا نامشروع دانستن روش‌های درمانی یا ارائه‌ی زمینه‌ی فقهی یا فلسفه‌ی اخلاقی در ارتباط با این گونه روش‌هاست (۳۲). پروفیسور Inhorn مطالعات وسیعی در مصر و لبنان پیرامون نقش تعیین‌کننده‌ی مذهب در کشورهای مسلمان برای انتخاب روش درمان ناباروری انجام داده است. وی معتقد است افراد نابارور فناوری‌های کمک‌باروری را در صورت مطابقت داشتن با مذهب خود قبول می‌کنند (۳۷-۳۳). از نظر اسلام نگاه کردن و لمس دستگاه تناسلی زن فقط به حکم ضرورت مجاز است که این در مورد گیرنده‌ی تخمک صدق می‌کند (۳۸). اما در مورد شخص اهداکننده که مبتلا به نازایی نیست مسأله متفاوت است. هرچند اهدای تخمک براساس فتاوی مراجع تقلید جایز است اما در تمامی فتاوی انجام مقدمات حرام نهی شده است. اهدای تخمک مستلزم معاینات و ژینال توسط پزشک بر روی شخص اهداکننده است که نیازی به درمان ندارد و قصد از اهدا، کمک به شخص دیگری است. برخی از فقها معتقدند که ضرورت درمان فرد نابارور از طریق اهدای تخمک به شخص اهداکننده منتقل می‌شود. بنابراین، معاینات و ژینال برای اهداکننده نیز جایز است. اما این عقیده مورد توافق تمام مراجع دینی نیست. در مقابل، با اشتراک تخمک دیگر مشکلی باقی نمی‌ماند، زیرا اهداکننده خود نیز دچار مشکل نازایی است و باید تحت معاینه‌ی پزشکی قرار بگیرد. البته مباحث شرعی مفصل‌تری در ارتباط با اهدای تخمک وجود دارد که همگی در اشتراک تخمک موجود هستند اما با در نظر گرفتن جواز اهدای تخمک و مباحث بیان شده به‌نظر می‌رسد که از نظر شرعی به اشتراک گذاشتن تخمک بر اهدا آن ارجحیت داشته باشد.

وجه اخلاقی و پرداخت هزینه

باید به این نکته توجه داشت که اهدای تخمک به لحاظ پزشکی فرایندی تهاجمی و مداخله‌ای محسوب می‌شود که ممکن است به اهداکننده صدمه برساند و طی این فرایند،

معایب اشتراک تخمک

سلامت اهداکننده مهم‌ترین مسأله در اهدای تخمک بوده و تقریباً در تمامی دستورالعمل‌های جهانی به آن توجه شده است (۳، ۲). بیش‌ترین نگرانی هر گیرنده‌ی تخمک، کیفیت تخمک اهدایی و امکان سرایت بیماری‌های ارثی از طریق اهداست. در ارتباط با اهدای تخمک امکان بررسی اهداکننده و در بعضی موارد فرزند قبلی وجود دارد اما در اشتراک تخمک چون بیمار خودش نابارور است امکان به‌دست آوردن سابقه‌ای از سلامت فرزند قبلی وجود ندارد. همچنین، این امکان وجود ندارد که بتوانیم زوجین نابارور را به‌طور کامل سالم بدانیم (۵۲-۵۰). ممکن است برخی علل ناباروری در زنان مانند تخمدان پلی‌کیستیک (۵۳) زمینه‌ی ژنتیکی داشته باشد. از سوی دیگر، میانگین سنی زنان نابارور به‌طور قابل توجهی از زنان بارور بیش‌تر است (۵۴) که خود می‌تواند خطر بروز ناهنجاری‌های مادرزادی را بیش‌تر کند (۵۵). به همین دلیل در اهدای تخمک، محدودیت سنی تعیین شده است (۵۶، ۵۲، ۲۹). در این رابطه می‌توان برای انجام برنامه‌ی اشتراک تخمک، دستورالعمل‌های مناسبی تدوین کرد که در آن‌ها شرایط به اشتراک گذاران تخمک تعریف شده باشد. می‌توان از بین افراد نابارور، کسانی را کاندید اشتراک تخمک کرد که شرایطی مانند سن و وضعیت هورمونی مناسب (همانند اهداکنندگان مناسب) داشته باشند. همچنین، می‌توان داوطلبان را تحت مشاوره‌ی کامل ژنتیکی و روانی-اجتماعی قرارداد تا از بین آن‌ها اشتراک‌گذاران مناسب در برنامه قرار بگیرند.

موضوع دیگر، احتمال بیش‌تر شکست درمان است. چراکه وقتی کسی نیمی از تخمک‌هایش را به اشتراک می‌گذارد، شانس تشکیل جنین منجمد بیش‌تر جهت استفاده در سیکل‌های بعدی را از خودش می‌گیرد و ممکن است در صورت عدم موفقیت درمان، خود را ملامت کند که چرا این‌کار را انجام داده و از لحاظ روانی فشار مضاعفی به فرد

می‌فهمد» یا این‌که «چه‌قدر خوب است که بتوان به کسی برای فرزنددار شدن کمک کرد» شنیده شده که به‌خوبی نشان دهنده‌ی انگیزه‌های انسان‌دوستانه‌ی آن‌هاست (۲۶).

وجه روانی و اجتماعی

بررسی جنبه‌های روانی و اجتماعی کسانی که تمایل به اهدای تخمک دارند نقش مهمی در درمان، سیاست‌گذاری و به‌کارگیری این افراد دارد. نتایج بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد بیش‌تر کسانی که تخمک خود را به اشتراک می‌گذارند، صرف نظر از موفقیت یا شکست درمان از اهدای تخمک احساس رضایت دارند (۲۶). همچنین، مشخص شده است که این افراد در مقایسه با افراد نابارور دیگر پس از انجام درمان احساس بهتری نسبت به خود دارند (۲۳). نتایج بررسی Blyth که با افراد به اشتراک‌گذارنده‌ی تخمک مصاحبه کرده، نشان می‌دهد علاقه‌ی شخصی داوطلبان، علت اصلی اهدا بوده و بسیاری، اهدا را به نفع طرفین می‌دانند (۴۵). همان‌طور که گفته شد، انگیزه‌های انسان‌دوستانه حتی اگر هزینه‌ی درمان، انگیزه‌ی اصلی باشد، در اشتراک تخمک پررنگ‌تر است. این امر می‌تواند سبب احساس رضایت در بیماران شود و به لحاظ روحی آن‌ها را تقویت کند.

تبلیغات

مشکل اصلی در ارتباط با اهدای تخمک، به‌ویژه در کشورهایایی که اهدا تجاری تخمک مجاز است، تبلیغات محسوب می‌شود. چراکه معمولاً این‌گونه تبلیغات برخلاف کرامت انسانی است (۴۹-۴۶). تبلیغات زمانی انجام می‌شود که برای تبلیغ‌کننده منفعت مادی در پی دارد و سبب جذب افراد به چیزی می‌شود که ممکن است از آن اطلاعاتی نداشته باشند. دیده شده که محتوای تبلیغات درباره‌ی اهداکننده ویژگی‌هایی مانند بهره‌ی هوشی، زیبایی، توانایی و... بوده است (۴۷). در برنامه‌ی اشتراک تخمک، اهداکننده‌ی بالقوه در مرکز درمانی حضور دارد و اطلاع‌رسانی در همان کلینیک مستقیماً به افراد واجد شرایط و در قالب یک مشاوره صورت می‌گیرد. بنابراین نیازی به هیچ‌گونه تبلیغی وجود ندارد.

از روش‌های اهدا گامت، جنین و رحم جایگزین در درمان ناباروری، تنها قانون اهدا جنین در سال ۱۳۸۲ توسط مجلس شورای اسلامی تصویب و در سال ۱۳۸۴ ابلاغ شد و سایر روش‌ها با اتکا به فتاوی مراجع تقلید و اصل ۱۶۷ قانون اساسی انجام می‌شود. به‌طوری که اصل ۱۶۷ به قضات اجازه می‌دهد تا در موارد سکوت قانون، فتاوی مراجع تقلید را ملاک قضاوت قرار دهند (۵۹-۵۷).

هم اکنون اهدای تخمک به وفور در مراکز درمان ناباروری به‌کار گرفته می‌شود و در بیش‌تر موارد از طرف خانواده‌ی گیرنده‌ی تخمک، مبلغی به اهداکننده پرداخت می‌شود. هرچند مسأله‌ی پرداخت از نظر اخلاقی، فقهی، حقوقی و اجتماعی بدون مشکل نیست، اهدای تخمک و پرداخت هزینه به اهداکننده در کشورمان بلامانع است. اشتراک تخمک از همه نظر مشابه اهدای تخمک است. با این تفاوت که اهداکننده به‌جای یک فرد سالم، فردی نابارور و تحت درمان است. در شرایطی که اهدای تخمک توسط فتاوی، پذیرفته می‌شود، به‌نظر نمی‌رسد که با اشتراک تخمک مشکل حقوقی وجود داشته باشد.

نتیجه‌گیری

مطالعات نشان می‌دهد اشتراک تخمک شانس موفقیت درمان از دهنده‌ی تخمک را کاهش نمی‌دهد و احتمال حاملگی هم‌زمان بین اشتراک‌گذارنده‌ی تخمک و گیرنده معمول است. با اشتراک تخمک دیگر نیازی به اهداکننده‌ی نازا وجود ندارد. در نتیجه، خطرات پزشکی ناشی از مداخله‌ی درمانی در این افراد از بین می‌رود و هم‌چنین سبب ترویج کمک متقابل بین زنان عملی می‌شود و فشار مالی به مراکز خدمات بهداشتی دولتی یا مراکز مشابه و کمک‌های مردمی را کاهش می‌دهد. در صورتی که دهنده‌ی تخمک معیارهای لازم را برای اشتراک تخمک داشته باشد، انجام این کار از نظر اخلاقی، حقوقی و فقهی بلامانع و قابل پذیرش است.

وارد می‌شود. اطلاع از موفقیت درمان در فرد گیرنده نیز ممکن است فشار روانی شکست را چندین برابر کند. طی یک مطالعه‌ی جامع بر روی اشتراک تخمک مشخص شد که بیش‌تر اهداکنندگان صرف‌نظر از شکست در درمان، نسبت به اشتراک‌گذاری تخمک خود احساس خوبی داشته‌اند. هم‌چنین، تنها ۸ درصد آن‌ها خواستار اطلاع از نتیجه‌ی درمان در گیرنده‌ی تخمک بوده‌اند (۲۶). هرچند در رابطه با این احساسات بین شرکت‌کنندگان ایرانی و رضایت ایشان از انجام این عمل اطلاعاتی در دست نیست، به‌نظر نویسندگان این مقاله، فشارهای روانی را می‌توان با رعایت ناشناس‌ماندن کامل بین اهداکننده و گیرنده و عدم اطلاع اهداکننده از نتیجه‌ی درمان گیرنده و نیز اطلاعات و مشاوره‌ی کافی کاهش داد.

دستورالعمل به اشتراک‌گذاری تخمک

هم‌اکنون در تمامی کشورها دستورالعمل‌هایی تدوین شده تا روند اهدا و اشتراک تخمک در بهترین شرایط ممکن انجام گیرد (۴۱، ۴۰). به‌نظر می‌رسد تمامی معیارهای گنجانده شده در این دستورالعمل برای تدوین یک دستورالعمل کامل اشتراک تخمک باشد. به‌طوری که مسائل روانی، ژنتیکی، پزشکی، تست‌های آزمایشگاهی و بررسی‌های تصویربرداری پزشکی مشابه اهداکنندگان تخمک انجام می‌گیرد. محدودیت سنی نیز مانند اهداکنندگان تخمک اعمال می‌شود. اثبات باروری در اهداکننده (داشتن فرزند سالم قبلی) در برنامه‌ی اشتراک تخمک امکان‌پذیر نیست. این موضوع هم‌اکنون برای اهداکنندگان تخمک نیز قابل اثبات نیست (۴۱). در نتیجه نیاز به یک دستورالعمل جامع برای اشتراک تخمک احساس می‌شود و به‌نظر می‌رسد تعداد کمی از بیماران بتوانند داوطلب اشتراک تخمک باشند.

وجه حقوقی

اهدای گامت و جنین از موضوعات مهمی است که در کشورهای پیشرفته مورد توجه قانون‌گذار واقع و مقرراتی راجع به آن‌ها وضع شده است. در ایران نیز علی‌رغم استفاده

یزد ۱۳۷۸؛ دوره ۷ (شماره ۲): ۵-۴۰.

- 12- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril* 2009; 92(5): 1520-4.
- 13- Moomjy M, Mangieri R, Beltramone F, Cholst I, Veeck L, Rosenwaks Z. Shared oocyte donation: society's benefits. *Fertil Steril* 2000; 73(6): 1165-9.
- ۱۴- آخوندی م م، بهجتی اردکانی ز، عارفی س و همکاران. آشنایی با لقاح طبیعی، لقاح خارج رحمی و ضرورت استفاده از گامت جایگزین در درمان ناباروری. فصلنامه پایش ۱۳۸۶؛ دوره ۶ (شماره ۴): ۲۱-۳۰۷.
- 15- Bandera CA, Cramer DW, Friedman AJ, Sheets EE. Fertility therapy in the setting of a history of invasive epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1995; 58(1): 116-9.
- 16- Mosgaard BJ, Lidegaard O, Kjaer SK, Schou G, Andersen AN. Infertility, fertility drugs, and invasive ovarian cancer: a case-control study. *Fertil Steril* 1997; 67(6): 1005-12.
- 17- Potashnik G, Lerner-Geva L, Genkin L, Chetrit A, Lunenfeld E, Porath A. Fertility drugs and the risk of breast and ovarian cancers: results of a long-term follow-up study. *Fertil Steril* 1999; 71(5): 853-9.
- 18- Venn A, Watson L, Bruinsma F, Giles G, Healy D. Risk of cancer after use of fertility drugs with in-vitro fertilisation. *Lancet* 1999; 354(9190): 1586-90.
- 19- Ness RB, Cramer DW, Goodman MT, et al. Infertility, fertility drugs, and ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies. *Am J Epidemiol* 2002; 155(3): 217-24.
- 20- Burkman RT, Tang MT, Malone KE, et al. Infertility drugs and the risk of breast cancer: findings from the National Institute of Child Health and Human Development Women's Contraceptive and Reproductive Experiences Study. *Fertil Steril* 2003; 79(4): 844-51.
- 21- Delvigne A, Rozenberg S. Epidemiology and prevention of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): a review. *Hum Reprod Update* 2002; 8(6): 559-77.
- 22- Rosen B, Irvine J, Ritvo P, et al. The feasibility of assessing women's perceptions of the risks and benefits of fertility drug therapy

منابع

- 1- Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet* 1978; 2(8085): 366.
- 2- Anonymous. ESHRE Task Force on Ethics and Law. III. Gamete and embryo donation. *Hum Reprod* 2002; 17(5): 1407-8.
- 3- Anonymous. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology. 2008 Guidelines for gamete and embryo donation: a Practice Committee report. *Fertil Steril* 2008; 90(5 Suppl): S30-44.
- 4- Lutjen P, Trounson A, Leeton J, Findlay J, Wood C, Renou P. The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature* 1984; 307(5947): 174-5.
- 5- Trounson A, Leeton J, Besanko M, Wood C, Conti A. Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilised in vitro. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983; 286(6368): 835-8.
- 6- Birdsall MA, Edwards JM. Demand for donated eggs by ethnic minority groups exceeds the supply. *BMJ* 1996; 313(7065): 1145.
- 7- Englert Y, Rodesch C, Van den Bergh M, Bertrand E. Oocyte shortage for donation may be overcome in a programme with anonymous permutation of related donors. *Hum Reprod* 1996; 11(11): 2425-8.
- 8- Ahuja KK, Simons EG, Fiamanya W, et al. Egg-sharing in assisted conception: ethical and practical considerations. *Hum Reprod* 1996; 11(5): 1126-31.
- 9- Peskin BD, Austin C, Lisbona H, Goldfarb JM. Cost analysis of shared oocyte in vitro fertilization. *Obstet Gynecol* 1996; 88(3): 428-30.
- 10- Serour GI. Islamic perspectives in human reproduction. *Reprod Biomed Online* 2008; 17 Suppl 3: 34-8.

۱۱- داور ر، کلانت س م، افلاطونیان ع. موارد و نتایج سیکل های ART با استفاده از تخمک اهدایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی

- اهدای گامت: یک مطالعه موردی در تهران. باروری و ناباروری ۱۳۸۵؛ دوره ۷ (شماره ۲ (مسلسل ۲۷)): ۴۸-۱۳۹.
- 33- Inhorn MC. Middle Eastern masculinities in the age of new reproductive technologies: male infertility and stigma in Egypt and Lebanon. *Med Anthropol Q* 2004; 18(2):1 62-82.
- 34- Inhorn MC. "He won't be my son": Middle Eastern Muslim men's discourses of adoption and gamete donation. *Med Anthropol Q* 2006; 20(1): 94-120.
- 35- Inhorn MC. Making Muslim babies: IVF and gamete donation in Sunni versus Shi'a Islam. *Cult Med Psychiatry* 2006; 30(4): 427-50.
- 36- Inhorn MC, Patrizio P, Serour GI. Third-party reproductive assistance around the Mediterranean: comparing Sunni Egypt, Catholic Italy and multisectarian Lebanon. *Reprod Biomed Online* 2010; 21(7): 848-53.
- 37- Inhorn MC, Sargent CF. Introduction to medical anthropology in the Muslim world. *Med Anthropol Q* 2006; 20(1): 1-11.
- 38- Samani RO, Moalem MR, Merghati ST, Alizadeh L. Debate in embryo donation: embryo donation or both-gamete donation? *Reprod Biomed Online* 2009; 19 Suppl 1: 29-33.
- 39- Partrick M, Smith AL, Meyer WR, Bashford RA. Anonymous oocyte donation: a follow-up questionnaire. *Fertil Steril* 2001; 75(5): 1034-6.
- ۴۰- رمضان زاده ف، حق الهی ف، باقری م، معصومی م، عابدی نیا ن، جعفرآبادی م. بررسی نگرش اهداکنندگان و گیرندگان تخمک به مسایل اخلاقی آن. باروری و ناباروری ۱۳۸۸؛ دوره ۱۰ (شماره ۱ (مسلسل ۳۸)): ۸۰-۷۱.
- ۴۱- شهریاری ح. اهدای گامت از منظر اخلاق اسلامی. فصلنامه پایش ۱۳۸۶؛ دوره ۶ (شماره ۴): ۹۸-۳۸۵.
- ۴۲- آرامش ک. دلالت‌های عملی اصول اخلاق پزشکی در اهدای گامت و جنین. فصلنامه پایش ۱۳۸۶؛ دوره ۶ (شماره ۴): ۴۰۶-۳۹۹.
- 43- Anonymous. Human Fertilisation and Embryology Authority: Code of Practice. 2007 <http://www.hfea.gov.uk/codeofpractice.pdf> (accessed in 2011)
- 44- Anonymous. Ethics Committee of The in relation to ovarian cancer risk. *Fertil Steril* 1997; 68(1): 90-4.
- 23- Ahuja KK, Mostyn BJ, Simons EG. Egg sharing and egg donation: attitudes of British egg donors and recipients. *Hum Reprod* 1997; 12(12): 2845-52.
- 24- Ahuja KK, Simons EG, Edwards RG. Money, morals and medical risks: conflicting notions underlying the recruitment of egg donors. *Hum Reprod* 1999; 14(2): 279-84.
- 25- Johnson MH. The medical ethics of paid egg sharing in the UK. *Hum Reprod* 1999; 14(7): 1912-8.
- 26- Ahuja KK, Simons EG, Mostyn BJ, Bowen-Simpkins P. An assessment of the motives and morals of egg share donors: policy of 'payments' to egg donors requires a fair review. *Hum Reprod* 1998; 13(10): 2671-8.
- 27- Wright VC, Schieve LA, Reynolds MA, Jeng G; Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Assisted reproductive technology surveillance--United States, 2002. *MMWR Surveill Summ* 2005; 54(2): 1-24.
- 28- Sunderam S, Chang J, Flowers L, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Assisted reproductive technology surveillance--United States, 2006. *MMWR Surveill Summ* 2009; 58(5): 1-25.
- 29- Anonymous. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Repetitive oocyte donation. *Fertil Steril* 2008; 90(5 Suppl): S194-5.
- ۳۰- نیکزادع، جورسرایبی س ع. بررسی احکام وضعی اهدای گامت. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۶؛ دوره ۹ (شماره ۳): ۶۲-۵۴.
- ۳۱- بدون نام. قانون اهدای جنین مصوب مجلس شورای اسلامی، مورخ ۸۲/۴/۲۹، مندرج در روزنامه رسمی شماره ۱۷۰۳۳ مورخ ۸۲/۴/۲۹ و آیین نامه اجرایی آن مصوب هیأت محترم وزیران به شماره ۵۴۰۱۶/ت ۳۱۱۹۷ ه مورخ ۸۳/۱۲/۲۴ مندرج در روزنامه رسمی شماره ۱۷۴۹۶ مورخ ۸۳/۱۲/۲۷
- ۳۲- عباسی شوازی م ج، رازقی نصرآباد ح ب، بهجتی اردکانی ز، آخوندی م م. دیدگاه زنان نابارور در مورد

- 54- Barnes J, Sutcliffe AG, Kristoffersen I, et al. The influence of assisted reproduction on family functioning and children's socio-emotional development: results from a European study. *Hum Reprod* 2004; 19(6): 1480-7.
- 55- Green RF, Devine O, Crider KS, et al. National Birth Defects Prevention Study. Association of paternal age and risk for major congenital anomalies from the National Birth Defects Prevention Study, 1997 to 2004. *Ann Epidemiol* 2010; 20(3): 241-9.
- 56- Faber BM, Mercan R, Hamacher P, Muasher SJ, Toner JP. The impact of an egg donor's age and her prior fertility on recipient pregnancy outcome. *Fertil Steril* 1997; 68(2): 370-2.
- ۵۷- صفائی س ح. نارسایی‌های قانون ایران درباره اهدای گامت و جنین با توجه به حقوق تطبیقی. فصلنامه پایش ۱۳۸۶؛ دوره ۶ (شماره ۴): ۲۹-۳۲۳.
- ۵۸- شیبانی ث. خویشاوندی به کجا می‌رود؟ شیوه‌های جدید تولیدمثل، دانش معتبر و هم‌تباری- چند مورد پژوهشی از ایران. فصلنامه پایش ۱۳۸۶؛ دوره ۶ (شماره ۴): ۳۰۶-۲۹۹.
- ۵۹- روشن م. بررسی حقوقی اهدای گامت و جنین. فصلنامه پایش ۱۳۸۶؛ دوره ۶ (شماره ۴): ۱۴-۴۰۷.
- American Society For Reproductive Medicine. Financial compensation of oocyte donors. *Fertil Steril* 2007; 88(2): 305-9.
- 45- Blyth E. Patient experiences of an "egg sharing" programme. *Hum Fertil (Camb)* 2004; 7(3): 157-62.
- 46- Hoffman J. The fertility market: buying eggs - egg donations meet a need and raise ethical questions. *NY Times (Print)* 1996: A1, A10.
- 47- Griffith N. Spawn of Satan? Widespread egg donation has led to a generation of superkids. *Nature* 1999; 402(6762): 585.
- 48- Kolata G. \$50,000 offered to tall, smart egg donor. *NY Times (Print)* 1999: A10.
- 49- Naessens K. Egg donor, or seller? *Christ Sci Monitor* 1999: 11.
- 50- Mau-Holzmann UA. Somatic chromosomal abnormalities in infertile men and women. *Cytogenet Genome Res* 2005; 111(3-4): 317-36.
- 51- Eydoux P, Thepot F, Fellmann F, et al. Commission de Génétique de la Fédération Française des CECOS. How can the genetic risks of embryo donation be minimized? Proposed guidelines of the French Federation of CECOS (Centre d'Etude et de Conservation des Oeufs et du Sperme). *Hum Reprod* 2004; 19(8): 1685-8.
- ۵۲- بهجتی اردکانی ز، آخوندی م م، میلانی‌فرع ر و همکاران. مشاوره، ارزیابی سلامت و تطابق مشخصات اهدا کننده و دریافت کننده در درمان باروری جایگزین. فصلنامه پایش ۱۳۸۶؛ دوره ۶ (شماره ۴): ۵۱-۴۴۳.
- 53- Dasgupta S, Reddy BM. Present status of understanding on the genetic etiology of polycystic ovary syndrome. *J Postgrad Med* 2008; 54(2): 115-25.