

«مطالعات جامعه‌شناسی»

سال سوم، شماره دوازدهم، پائیز ۱۳۹۰

ص ص ۹۱-۱۰۵

بررسی جامعه‌شناختی ورود زیست فناوری‌های باروری به مقوله مادری

دکتر امیرمسعود امیرمظاهری^۱

منصوره شریفی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۸

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۲۰

چکیده

تجربه مادری در زنان نابارور، تجربه‌ای یکپارچه نیست و می‌توان آن را به سه گونه مادری اجتماعی، بیولوژیک و ژنتیک تقسیم‌بندی کرد که در هریک از روش‌های درمان ناباروری، ابعاد یکپارچه این تجربه، مخدوش می‌گردد. این مقاله به ابعاد اجتماعی ورود زیست‌فناوری‌های کمک باروری به مقوله مادری می‌پردازد. بدین ترتیب، درمان‌هایی که در آن شخص سوم به فرآیند درمان وارد می‌شوند، واجد ابعاد اجتماعی پیچیده‌تری نسبت به درمان‌های بدون نیاز به شخص سوم است. در این مقاله به بررسی «زیست‌فناوری‌های باروری به مثابه تجربه درد»، بسط و تحلیل موضوع «واسطه‌گری در اهدا» و «دلایل و انگیزه‌های اهدا و تبعات اجتماعی آن» پرداخته شده است. در پایان این مقاله نتیجه می‌گیرد که در درمان‌های ناباروری چه با منشا زنانه و چه مردانه، علاوه بر آن که بار اصلی تبعات جسمانی درمان بر عهده زنان است، بار اجتماعی ورود زیست‌فناوری‌ها به مقوله درمان نیز بیشتر زنان را متأثر می‌سازد. بنابراین آن چه پدیده زنانه بودن مادری قلمداد می‌شود، در درمان‌های ناباروری نیز نمود دارد. با این وجود با توجه به کنترل بیشتر مردان بر منابع اقتصادی خانواده، در بسیاری موارد، تصمیم‌گیری نهایی در خصوص آغاز یا تداوم فرآیند درمان از طریق زیست‌فناوری‌های باروری، با مردان است.

واژگان کلیدی: زیست‌فناوری، ناباروری، مادری، تکنولوژی‌های نوین کمک باروری، درمان‌های شخص

سوم.

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، گروه جامعه‌شناسی؛ تهران- ایران (نویسنده مسئول).

E-mail: a.amirmazaheri@gmail.com

۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

E-mail: mansoureh.sharifi.n@gmail.com

مقدمه

واژه زیست‌فناوری (بیوتکنولوژی)، نخستین بار در سال ۱۹۱۹ از سوی کارل ارکی^۱ به مفهوم کاربرد دانش‌های پزشکی و زیستی و اثر مقابل آن در فناوری‌های ساخت بشر به کار برده شد. به طور کلی هر گونه کنش هوشمندانه بشر در آفرینش، بهبود و عرضه فرآورده‌های گوناگون با استفاده از جانداران، بویژه از طریق دستکاری آن‌ها در سطح مولکولی در حیطه زیست‌فناوری، قرار می‌گیرد. نام این دانش از این رو در ایران با نام "بیوتکنولوژی"^۲ شناخته می‌شود که این نام‌گذاری در تقریباً تمام کشورهای جهان با همین نام شناخته می‌شود.

بیوتکنولوژی را در یک تعریف کلی بکارگیری فرایندهای زیستی در صنایع تولیدی یا خدماتی دانسته‌اند. تعریف ساده این پدیده نوین عبارت است از دانشی که کاربرد یکپارچه فناوری‌های تولید را در سامانه‌های زیستی به دلیل استفاده‌ای که در سرشت بین رشته‌ای علوم دارند، مطالعه می‌کند. زیست‌فناوری‌ها «با مغشوش کردن تمایز میان آنچه طبیعی است و آنچه ساخته‌ی آدمی است شکل خاصی از پزشکی شدن تجربه‌ی مادری را رقم می‌زند» (قاضی طباطبایی و دیگری: ۱۳۸۷).

در شرایط طبیعی، تجربه‌ی مادری، تجربه‌ی یکپارچه^۳ است اما در زمان بروز ناباروری، چه با منشاء زنانه و چه مردانه، این تجربه واجد یکپارچگی نیست و ابعاد سه‌گانه‌ی آن آشکار می‌شود: مادری دارای سه بعد است: مادری ژنتیک، مادری بیولوژیک، مادری اجتماعی. مادری ژنتیک‌حالتی است که جنین حاصل تخمک زن است. در نتیجه، ژنتیک مادر به فرزند منتقل می‌شود. در تخمک‌هدایی این ارتباط میان مادر و کودک وجود ندارد. مادری بیولوژیک، به معنای رشد جنین در رحم مادر است، بنابراین در روش "رحم جایگزین" که در عرف به آن "رحم اجاره‌ای" گفته می‌شود، ارتباط بیولوژیک مادر با فرزند قطع می‌شود. مادری اجتماعی ناظر بر رشد کودک از تولد تا مرگ است.

در اکثر تعاریف، ناباروری را "عدم حاملگی پس از یک سال مقاربت بدون جلوگیری" تعریف کرده‌اند: «ناباروری^۴ به «رخ ندادن حاملگی به دنبال یک سال نزدیکی جنسی محافظت نشده (بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی)» گویند (پرک و نوک، ۲۰۰۷: ۱۰۹۰). «براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۵، ناباروری در سراسر جهان بطور تقریبی در ۸ تا ۱۲ درصد زوج‌هایی که در سن باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) هستند وجود دارد» (ایزدیار: ۱۳۹۰).

روش‌های درمان ناباروری مورد بررسی در این پژوهش، در یک تقسیم‌بندی کلی به دو دسته تقسیم می‌شوند:

^۱. Karl Ereky

^۲. Bio Technology

^۳. Integrated

^۴. Infertility

^۵. WHO

الف) درمان‌های بدون نیاز به شخص سوم شامل:

1. Intra Uterine Insemination (IUI)
2. In Vitro Fertilization (IVF)
3. Intra Cytoplasmic injection (Micro Injection)

اگر چه روش‌های درمانی محدود به این سه روش نیست اما این سه پر کاربردترین و معمول‌ترین روش‌هایی است که در ایران کاربرد دارند.

ب) درمان‌های شخص سوم شامل:

۱. تخمک اهدایی ۲. رحم جایگزین ۳. جنین اهدایی ۴. اسپرم اهدایی.

در هر یک از درمان‌های شخص سوم نیز از روش‌های فوق استفاده خواهد شد با این تفاوت که در پروسه‌ی درمان، از تخمک، جنین، رحم و یا اسپرم شخصی غیر از زوج نابارور استفاده می‌شود و از همین رو است که به آن درمان‌های شخص سوم می‌گویند.

در بسیاری موارد در بروز ناباروری، مسئولیت ناباروری به زن نسبت داده می‌شود و احساس حقارت، گناه و افسردگی و بی‌کفایتی غالباً همراه با مفهوم ناباروری است. هنوز هم زنانی هستند که نخست (پیش از همسرشان) ناباروری خود را آزمایش می‌کنند و حتی در برخی موارد، زنان به دلیل حمایت از شوهر، عامل ناباروری شوهر را در جامعه به خود نسبت می‌دهند تا بدین طریق شوهرشان را از انگ‌های اجتماعی برهاند. زنی که نابارور است تحت فشار اجتماعی بسیار شدیدی به خصوص از جانب خانواده‌ی شوهر، قرار دارد تا یا به همسر دوم شوهرش تن در دهد و یا از وی جدا شود.

بار درمانی، حتی در حالتی که ناباروری دارای عاملی مردانه است، بر روی زنان است. بدین ترتیب، بیشتر بار جسمی درمان بر دوش زنان است و عوارض جسمی درمان نیز دامن آنان را خواهد گرفت. این درحالی است که کنترل باروری از طریق ART بیشتر در اختیار مردان قرار دارد. زیرا این درمان‌ها عموماً هزینه‌ی بالایی دارند و از آن جا که کنترل منابع مالی در خانواده‌های ایرانی، بیشتر برعهده مردان است، در نتیجه چندان دور از انتظار نخواهد بود اگر بگوییم کنترل بر درمان تصمیم نهایی در خصوص آغاز یا ادامه درمان نیز در اختیار مردان است.

از سوی دیگر، نظام قانونی ایران متأثر از فقه دریافت تخمک و جنین اهدایی را به رسمیت می‌شناسد اما دریافت اسپرم را به دلیل ابعاد شرعی موضوع، نمی‌پذیرد. بنابراین اگر زن مشکل ناباروری نداشته باشد و شوهرش فاقد اسپرم باشد، به ناچار می‌بایست "جنین اهدایی" را بپذیرد. به بیان دیگر، زن در این حالت از حق خود در انتقال ژنتیک محروم است چون اکثر فقها ورود اسپرم مرد دیگری به وی را جایز نمی‌دانند اما دریافت جنین، از سوی قانون‌گذار به رسمیت شناخته می‌شود. بدین ترتیب، در زوجی که زن سالم و مرد نابارور است، زن از حق خود مبنی بر انتقال ژنتیک، محروم خواهد شد.

مسئله انتقال ژنتیک زمانی ابعاد جالب‌تری به خود می‌گیرد که می‌بینیم، زنی که فاقد تخمک است، با پذیرش تخمک اهدایی، موضوع قطع ارتباط ژنتیک با جنین را این‌گونه برای خود توجیه می‌کند که «ژنتیک

همسرم منتقل می‌شود و از این طریق پذیرش در مواجهه با تخمک اهدایی شکل می‌گیرد» (ایزدیار: ۱۳۹۰).

مبانی نظری

«نوآوری‌های فن‌آورانه در حوزه‌ی پزشکی و باروری، با آرایه‌ی رویکردها و شیوه‌های نوین جایگزینی برای باروری طبیعی و فرآیندهای طبیعی مربوط به آن، تعریف دوباره‌ای از مفاهیم، مسایل و تجربیات مهم انسانی و اجتماعی مانند خانواده، ازدواج، خویشاوندی، نژاد و صفات پدری مادری خواهری و برادری آرایه می‌دهد و این تعایف را با سنخ‌بندی دوباره یا ساخت دوباره [ساخت‌بندی مجدد] مفاهیم اجتماعی مواجه می‌سازد» (قاضی طباطبایی و دیگری: ۱۳۸۷).

اساساً «نسبت به این تکنولوژی‌ها دو رویکرد وجود دارد: در رویکرد خوش‌بینانه گریگوری استاک (۲۰۰۲) که پیشنهاد می‌کند به جای پرداختن به نگرانی‌های ناشی از این علم- فناوری‌ها، از قابلیت‌های آن برای خلق دنیایی بهتر و جمعیتی سالم‌تر و بارورتر استفاده کنیم.

و در رویکرد دیگر، فرانسیس فوکویاما (۲۰۰۲)، یورگن هابرماس (۲۰۰۳) و رفکین (۱۹۹۸) به دلالت‌ها و مسایل معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی، اخلاقی، ایدئولوژیک و سیاسی علم فناوری‌های نوین پزشکی از جمله زیست‌فناوری پرداخته‌اند. فوکویاما در کتاب "آینده‌ی پسا انسانی ما" (۲۰۰۲) می‌نویسد کاربرد این فناوری‌ها به شکلی ریشه‌ای سرشت انسان را تغییر خواهد داد و ما را وارد دوره یا مرحله‌های جدیدی از تاریخ خواهد کرد. هابرماس نیز در کتاب "آینده سرشت انسان" (۲۰۰۳) بر اهمیت اخلاقی و فلسفی علم- فناوری‌ها تأکید دارد. از نظر وی، پیشرفت زیست‌فناوری تمایز بین آن‌چه طبیعی است و آن‌چه انسان‌ها خود خلق کرده‌اند را مغشوش کرده است» (همان).

تکنولوژی‌های باروری، در میان فمینیست‌ها نیز موافق و مخالف دارد:

دسته نخست کسانی هستند که «باروری را علت ستم بر زنان می‌دانند. شولامیث فایرستون^۱ در کتاب "دیالکتیک جنس" مدعی شد مردسالاری از نابرابری زیست‌شناختی میان زن و مرد سرچشمه گرفته است (تانگ، ۱۳۸۷: ۱۲۱). فایرستون معتقد بود «هر گاه زنان و مردان در نمایش تولید مثل، بازیگر نقش‌های ماهوی متفاوتی نباشند، امکان محوتامی نقش‌های جنسی فراهم خواهد شد» (تانگ، ۱۳۸۷: ۱۲۴). بنابراین او معتقد بود «آزادسازی زنان مستلزم انقلابی زیست‌شناختی است ... و آن‌چه این انقلاب را امکان‌پذیر می‌کند، فناوری است. هنگامی که فایرستون کتاب دیالکتیک جنس را نوشت، تنها فناوری‌های موجود برای مهار باروری که کاربرد گسترده‌ای داشت، پیشگیری از بارداری، عقیم‌سازی و سقط جنین بود» (همان: ۱۲۳).

¹ Shulamith Firestone

امروزه با گسترش زیست‌فناوری‌های کمک باروری، امکان مورد نظر فایرستون هرچند به ظاهر فراهم آمده است. در همین راستا، «مارج پیرسی»^۱ یکی از نویسندگان رادیکال فمینیست در زمان علمی تخیلی خود، «زن در لبه زمان»^۲ روایت آرمانشهر خود را در قالب قصه زندگی غم‌انگیز کانی راموس بیان می‌کند (همان: ۱۲۶). او به دنیایی در آینده به نام ماتوپویست رهسپار می‌شود. در این دنیای آینده، تولید مثل مصنوعی وجود دارد: «نوزادان از چیزی موسوم به "بچه‌ساز" متولد می‌شوند. تخمک‌های بارور شده با اسپرم مرد در آزمایشگاه (که برای تولید طیف کامل تیپ‌های نژادی و قومی و شخصیتی انتخاب شده‌اند) در جفتی مصنوعی شروع به رشد می‌کند ... او (کانی راموس) ابتدا از بچه‌ساز متنفر می‌شود ... این جنین‌ها را، انسان درست و حسابی نمی‌داند و حتی برای آن‌ها دل می‌سوزاند چون هیچ زنی آن قدر دوست‌شان ندارد که آن‌ها را در زهدان خود حمل کند و با خون و اشک و عرق به دنیا آورد (همان: ۱۲۷). این زن سرخ پوست قصه پیرسی، سرانجام تغییر عقیده می‌دهد و متاثر از آن چه در دنیای ماتوپویست رخ می‌دهد در می‌یابد «بهایی که باید برای محو تبعیض‌های جنسی و نژادی و طبقاتی پرداخت، دست کشیدن از تولید مثل طبیعی است» (همان: ۱۲۷). دنیای این داستان پیرسی و نظریات فایرستون درحقیقت، نه تنها عاری از نگاه انتقادی به زیست‌فناوری‌هایی است که یک دهه‌ی بعد اختراع می‌شوند، بلکه آن را عامل رهایی زنان از انقیاد مردسالاری می‌پندارد.

گروه دوم، مخالفین و منتقدان ART هستند. در مواجهه با زیست فناوری‌های کمک باروری و البته در مخالفت با فایرستون و پیرسی، تنها مذهبی‌ها، محافظه‌کارها و سایر گروه‌های فمینیستی، حاضر نبودند؛ در درون فمینیسم رادیکال نیز، جریان‌هایی به نقد آن پرداختند.

اینان معتقدند «طبیعت زنانه به خودی خود علت ستم بر زنان نیست بلکه این ستم، بیشتر معلول مهار این طبیعت بدست مردان است. مهاری که می‌تواند برحسب نحوه پیشرفت فناوری‌های باروری به وابستگی کامل بدل شود» (همان: ۱۳۱). عزیزه‌الحیبیری^۳ می‌گوید «بعید است ستم بر زنان، با دست کشیدن از تنها منبع وابستگی مردان به ایشان پایان یابد ... فناوری باروری نه تنها به زنان آزادی نمی‌بخشد بلکه برسلطه مردان بر آنان می‌فزاید» (همان: ۱۲۹). مری اوبرین^۴ از فمینیست‌هایی است که به شدت به فناوری باروری خرده می‌گیرد. او مدعی بود «زنی که بخواهد خود را از قید کنترل مردبهراند، باید این را بفهمد که سرچشمه ستم بر او در اصل همان چیزی است که منبع آزادی او نیز به شمار می‌آید. فرآیند تولیدمثل به رغم آن که برای زن دام رنج‌آوری بوده است، آزادی و امکانات دست نخورده‌ای را برای او در خود دارد» (همان: ۱۳۰). این گروه از رادیکال فمینیست‌ها، بر این عقیده‌اند که «فناوری تولیدمثل، باقی‌مانده قدرتی را که زنان هنوز

¹ Marge Piercy

² Woman on the Edge of Time

³ Azizah al-Hibri

⁴ Mary Obrien

در اختیار دارند به شدت تهدید می‌کند و نباید از مادریت طبیعی به سود مادریت مصنوعی دست کشید» (همان: ۱۳۴).

روش

داده‌های پژوهش از دو طریق گردآوری شده‌اند: ۱. روش اسنادی - کتابخانه‌ای ۲. روش دلفی. شیوه نمونه‌گیری (در بخش دلفی) این تحقیق روش گلوله برفی^۱ بوده و حجم نمونه شامل: ۳ نفر مددکار اجتماعی حوزه ناباروری، ۱ نفر ارولوژیست، ۱ نفر متخصص زنان و زایمان، ۱ نفر پرستار اتاق عمل، ۱ نفر محقق جامعه‌شناس در حوزه ناباروری و ۱ نفر روان‌شناس حوزه ناباروری، بوده است.

یافته‌ها

۱. زیست‌فناوری‌های باروری به مثابه‌ی تجربه‌ی «درد»

- تحمل درد برای مادر شدن:

اصولاً در جریان درمان ناباروری، انواعی از درد وجود دارد: «درد به دلیل عوارض ناشی از داروهای هورمونی، درد به دلیل عوارض ناشی از تحریک بیش از حد تخمدان ... و سایر دردهایی که بعضاً تنها به اندازه یک معاینه‌ی مرسوم زنان می‌تواند دردناک باشد. اما دردی که به دلیل شدت، برای آن از بی‌هوشی سبک (حدود ۲۰ دقیقه)» (مشارکت کننده شماره ۶) استفاده می‌شود، «درد ناشی از فرآیند دریافت تخمک است» (مشارکت کننده شماره ۳). «مادرانی که ناچار به تحمل این درد هستند شامل موارد زیر می‌باشند:

۱. زنانی که روش درمانی آن‌ها IVF است.

۲. زنانی که روش درمانی آن‌ها Micro است.

۳. زنانی که از روش رحم جایگزین استفاده می‌کنند: این زنان نیز بدلیل استفاده از یکی از دو روش فوق‌الذکر، شامل کسانی هستند این درد را تجربه می‌کنند» (مشارکت کننده شماره ۳).

بنابراین «استفاده از IUI، تخمک‌اهدایی و جنین‌اهدایی موجب بروز این درد، برای مادر نمی‌شود» (مشارکت کننده شماره ۳). نکته در این است که «با وجود مقادیر قابل توجه جنین فریز شده در ایران و جهان، همچنان استفاده از روش‌های دردناک مذکور، شایع است در حالی که [به فرض در نظر نگرفتن سایر عوامل اجتماعی] می‌توان از آن جنین‌ها به عنوان جایگزینی برای روش‌های IVF و Micro استفاده کرد» (مشارکت کننده شماره ۸).

برخی درمان‌خواهان درخصوص علت تحمل این وضعیت، «احساس کمبود زن بودن را بعنوان انگیزه خود عنوان می‌کنند و معتقدند این درد، برای جبران این احساس کمبود است: "حقمه دردمکشم"، "عذاب

¹ Snow ball

وجدانم بابت این که زن نیستم کم می‌شه" (مشارکت کننده شماره ۳). از آن جا که «در باور فرهنگی برخی، درد کشیدن موجب پاکی می‌شود» (مشارکت کننده شماره ۲)، «بندرت کسی به خاطر درد پروسه درمان را متوقف می‌کند و یا منصرف می‌شود» (مشارکت کننده شماره ۳).

– تحمل درد، به جای مادر غیر ژنتیک:

این که «زنی برای دست‌یابی به کودک رویاهای خود» (مشارکت کننده شماره ۱) حاضر به تحمل درد باشد، یک چیز است و «این که زنی برای دست یافتن زن دیگری به کودک رویاهایش، درد و عوارض آن را تحمل کند» (مشارکت کننده شماره ۲)، یک موضوع دیگر است. تحمل درد ناشی از روش‌های IVF یا Micro در اهدا کنندگان تخمک، رخ می‌دهد. این موضوع، می‌تواند دو انگیزه داشته باشد:

۱. ایثار در اهدا کننده‌ی شناس: دوست، خواهر یا ... کسانی که می‌خواهند مادری را به آرزوی مادر شدنش برسانند (مشارکت کننده شماره ۱ و ۲).

۲. دریافت پول در اهدا کننده‌ی ناشناس: «مبلغ دریافتی این زنان بابت اهدای تخمک، مبلغی بین ۵۰۰/۰۰۰ تا ۷۵۰/۰۰۰ تومان است. البته مشروط بر آن که واسطه‌ای درمیان نباشد...» (مشارکت کننده شماره ۲).

۳. اهدای تخمک به مثابه تجربه‌ای متفاوت: این مورد بندرت رخ می‌دهد اما توسط یکی از مشارکت کنندگان، گزارش شده است (مشارکت کننده شماره ۱).

– تجربه درد پدران در درمان‌های کمک باروری:

تمرکز این پژوهش بر مادری است اما اشاره به ابعاد پدر شدن از طریق روش‌های درمان پیشرفته ناباروری، می‌تواند بیانگر تفاوت دو جنس در تجربه‌ی درد باشد. «در هیچ یک از روش‌های درمانی، مرد دردی را متحمل نمی‌شود. مگر در حالتی که عمل نمونه‌برداری از بافت بیضه در کسانی که میزان اسپرم آنان صفر (آزو اسپرم) باشد» (مشارکت کننده شماره ۴).

بنابراین، «درمان‌های پیشرفته باروری، معمولاً درد جسمانی برای مردان به همراه ندارد. تنها بار مالی این درمان‌ها را برای آنان به همراه دارد» (مشارکت کننده شماره ۲).

۲. واسطه‌گری در اهدا

– حوزه‌ی فعالیت واسطه‌ها:

«در ایران واسطه‌گری یا دلالی رسمی وجود ندارد» (مشارکت کننده شماره ۳). این بدان معناست که «شرکت‌ها یا موسساتی که آشکارا و رسمی فعالیت خود را واسطه‌گری در درمان ناباروری تعریف کنند،

دیده نمی‌شود» (مشارکت کننده شماره ۳). اما کارشناسان مشارکت کننده در پژوهش، از «وجود شبکه-هایی از دلایان» (مشارکت کننده شماره ۵ و ۳)، پیرامون مراکز درمانی سخن می‌گویند. «باتوجه به فزونی تقاضای اهدا بر عرضه، در این دو حوزه درمانی، واسطه‌گری رواج یافته است» (مشارکت کننده شماره ۲):

۱. تخمک اهدایی: «یافتن اهدا کننده تخمک باتوجه به پیامدهای جسمی و دشواری‌های آن، برای گیرندگان چندان آسان نیست» (مشارکت کننده شماره ۱). «برخی موسسات درمانی ترجیح می‌دهند، گیرنده خود اقدام به معرفی اهدا کننده نمایند (مشارکت کننده شماره ۳). «اما در صورتی که گیرنده، تمایل به استفاده از تخمک اهدا کننده ناشناس داشته باشد و یا خود کسی را برای این منظور در دسترس نداشته باشد، ناچار است در انتظار معرفی اهدا کننده از سوی موسسه‌ی درمان ناباروری باشد. متقاضیان دریافت اهدا، گاه سال‌ها در نوبت دریافت تخمک باقی می‌مانند» (مشارکت کننده شماره ۱) ... در این جاست که واسطه‌ها نقش آفرینی می‌کنند.

۲. رحم جایگزین: یافتن «حامل» از اهدا کننده‌ی تخمک نیز دشوارتر است زیرا به علت دردسرها و مشکلات ناشی از بارداری تعداد کمتری از زنان حاضر به پذیرش آن هستند (مشارکت کننده شماره ۳).

– انواع واسطه‌ها:

چهار گونه دلالتی در زمینه‌ی اهدای تخمک و یافتن حامل، قابل تفکیک است:

۱. واسطه‌گری سازمان یافته: همان‌گونه که عنوان شد، «هیچ شرکت یا موسسه‌ای رسماً فعالیت خود را واسطه‌گری در درمان ناباروری و یافتن اهدا کننده معرفی نمی‌کند» (مشارکت کننده شماره ۳). اما «گروه‌هایی هستند که به طور غیر رسمی، فعالیت سازمان یافته خود را معطوف به این تجارت نموده‌اند. تمرکز این گروه بر طرف تقاضاست. یعنی آنان در تلاش‌اند متقاضیان اهدا را بیابند» (مشارکت کننده شماره ۲).

الف) مراکز درمان: «برخی مراکز ناباروری، خود با اهدا کننده طرف حساب هستند. این بدان معناست که آنان درصدی از محل واسطه‌گری دریافت خواهند کرد» (مشارکت کننده شماره ۲). «در ایران، مراکز درمان ناباروری، ترجیح می‌دهند به صورت مستقیم درگیر این تجارت (واسطه‌گری) نشوند زیرا علاوه بر پیامدهای قانونی احتمالی، حیثیت حرفه‌ای آنان را به مخاطره می‌اندازد» (مشارکت کننده شماره ۳).

ب) واسطه‌هایی که برای موسسات درمانی اهدا کننده می‌یابند: تفاوت این گروه با گروه نخست در آن است که تمرکز آنان بر مراجعین به مراکز درمانی است به بیان دیگر، این گروه خود اقدام به یافتن متقاضی نمی‌کنند، بلکه تجارت خود را مبتنی بر معرفی اهدا کننده تخمک - حامل برای موسسات درمانی تعریف نموده‌اند.

ج) واسطه‌های غیر رسمی در قالب موسسات درمان ناباروری: «در برخی موسسات درمان ناباروری، کارکنانی هستند که اقدام به واسطه‌گری می‌نمایند» (مشارکت کننده شماره ۳). اگرچه این عبارت، نباید اتهام زنی به خیل عظیم کارکنان شریف موسسات ناباروری تلقی گردد، اما هدف محقق آن است که همه راه‌های واسطه‌گری را در این بخش، برشمارد.

د) واسطه‌های سازمان نیافته: «این گروه از واسطه‌ها، قابل مشاهده‌ترین نوع دلالتان هستند» (مشارکت کننده شماره ۲). به طور مثال «گروهی واسطه در اطراف بیمارستان «خ» وجود دارند که زوجین متقاضی را می‌یابند» (مشارکت کننده شماره ۳). تفاوت این گروه با گروه نخست، در میزان و حجم تجارت آنان است. این گروه را می‌توان «دست‌فروشان خدمات واسطه‌گری در اهدا» (مشارکت کننده شماره ۲) نامید. آمار دقیقی از درصد دریافتی واسطه از اهدا کننده تخمک و حامل وجود ندارد اما «نرخ‌هایی در حدود ۳۰-۴۰٪ در معرفی اهدا کننده و ۲۵٪ در معرفی حامل» (مشارکت کننده شماره ۳)، عنوان شده است. البته بدیهی است درصد یاد شده بسته به نوع توافق میان واسطه و اهدا کننده متغیر است.

۳. دلایل و انگیزه‌های اهدا و تبعات اجتماعی آن

اهدا، از بحث‌انگیزترین مسایل مربوط به زیست‌فناوری‌های باروری است. موضوعاتی از قبیل تعیین نسب و ارث، تعیین دایره‌ی محارم و نیز حق مالکیت زوجین گیرنده و نیز شخص اهدا کننده بر فرزند، موجب پیچیدگی ابعاد اهدا می‌گردد. از سوی دیگر، وجود ابعاد شرعی خود اهدا، از آن جهت که اهدا کننده در چه نسبتی با گیرنده قرار می‌گیرد بر حساسیت موضوع می‌افزاید.

اهدای اسپرم

اطلاعات دقیقی در خصوص اهدا کنندگان اسپرم در ایران وجود ندارد زیرا اهدای اسپرم از سوی اکثریت مراجع (به جز آیت‌الله خامنه‌ای) غیر شرعی دانسته شده و برخی «موسسات درمان ناباروری در هنگام دریافت اسپرم، نظارت زیادی بر این که اسپرم‌گیری لزوماً از شوهر باشد، انجام می‌دهند» (مشارکت کننده شماره ۱). اگرچه برخی ظاهراً برخی دیگر از موسسات، «دارای بانک اسپرم هستند» (مشارکت کننده

شماره ۷) که این می‌تواند به معنای انجام آن باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان سخن از «اهدای اسپرم توسط کارکنان موسسات درمان ناباروری» (مشارکت‌کننده شماره ۳) و یکی دیگر از آنان از دریافت «مبلغی در حدود دویست هزار تومان برای اهدای اسپرم» (مشارکت‌کننده شماره ۱) را عنوان می‌کند. در نهایت می‌توان نظرات کارشناسان مشارکت‌کننده در این پژوهش را درخصوص انگیزه‌های اهدای اسپرم در ایران را ذیل تقسیم‌بندی زیر، صورت‌بندی کرد:

۱. اهدا در مقابل پول.
۲. اهدا توسط آشنایان: ظاهراً «اهدای برادر برای برادر، از شایع‌ترین انواع اهدا» (مشارکت‌کننده شماره ۳) می‌باشد. از آن‌جا که خصوصیات ژنتیک دو برادر شباهت زیادی به یکدیگر دارد، این نوع اهدا در صورت وقوع معمول‌ترین آن محسوب می‌شود.

اهدای تخمک

در بحث اهدای تخمک، دو گونه اهدا از هم تفکیک شده‌اند: اهدای شناس و اهدای ناشناس. در این بخش به انگیزه‌های اهداکنندگان در هر یک از حالات مذکور اشاره می‌شود:

۱. اهداکنندگان شناس: اهداکنندگان شناس می‌توانند هم از آشنایان، اقوام و دوستان زوج نابارور باشند، و هم این حالت را در برگیرند که زوج به هر واسطه‌ای با اهداکننده‌ای که پیش از این نمی‌شناختند، با اهداکننده در ارتباط مستقیم قرار بگیرند. در حالت نخست «اهدای تخمک از خواهر به دلیل تشابه ژنتیک» (مشارکت‌کننده شماره ۱) و نیز «ارتباط نزدیک خواهر به خواهر و این که به لحاظ فرهنگی، در نبود مادر، خاله نقش مادرانه ایفا می‌کند» (مشارکت‌کننده شماره ۲)، می‌تواند دلایل دریافت تخمک از خواهر باشد. بنابراین دلایل و انگیزه‌های اهداکنندگان شناس شامل موارد زیر است:

الف) اهدای تخمک در ازای دریافت پول.

ب) «رفع نقیصه‌ی خواهرانه: از خود گذشتگی برای خواهر» (مشارکت‌کننده شماره ۲).

ج) ایثار و لطف در حق زوج بارورخواه.

۲. اهداکنندگان ناشناس: از آن‌جا که «دریافت تخمک از اهداکننده ناشناس، مشکلات و دشواری‌های کمتری دارد» (مشارکت‌کننده شماره ۱)، دریافت تخمک به صورت ناشناس، رواج یافته است. از جمله‌ی این دشواری‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. دشواری یافتن اهداکننده درمیان آشنایان: «اهدای تخمک به دلیل تبعات جسمی و اجتماعی

آن، به سادگی برای زوج بارورخواه امکان‌پذیر نیست» (مشارکت‌کننده شماره ۲).

۲. نگرانی افزایش راز تولد کودک برای او (ایزدیار، ۱۳۹۰). مادر از ضربه روحی احتمالی به فرزند نگران است.

۳. نگرانی از این که فرزند پس از دانستن راز تولد، به دنبال مادر ژنتیک‌اش بگردد.

۴. نگرانی از نقض محرمانگی دریافت تخمک (همان). این که دیگران بدانند فرزندشان حاصل تخمک اهدایی است.

۵. نگرانی از دست دادن کودک در آینده (همان). نگرانی از این که مادر ژنتیک به دنبال باز پس‌گیری فرزند خود باشد.

۶. نگرانی از ورود شخص سوم (زن اهدا کننده) به زندگی گیرنده (همان).

بنابر دلایل یادشده «اهدا کننده ناشناس، دارای مشکلات کمتری نسبت به اهدا کننده‌ی شناس می‌باشد» (مشارکت کننده شماره ۱). به نظر می‌رسد انگیزه‌های اهداکنندگان ناشناس را می‌توان سه مورد زیر دانست:

الف) اهدای تخمک در ازای دریافت پول: این دلیل، شایع‌ترین انگیزه اهدا کنندگان به شمار می‌رود.
 ب) «تجربه‌ی اهدا به مثابه‌ی تجربه‌ای متفاوت» (مشارکت کننده شماره ۱). درمورد این انگیزه، نشانه‌های بارزی از نیاز مالی دیده نمی‌شود و شخص اهدا کننده، بیشتر تجربه‌ی متفاوتی را تعقیب می‌کند.
 ج) «بخشیدن زندگی و تحقق آرزوی مادری به یک زن دیگر» (مشارکت کننده شماره ۱): اگرچه این انگیزه می‌تواند توأم با مورد الف یعنی دریافت پول باشد، اما برخی اهدا کنندگان به انگیزه‌های غیر مادی اهدا به عنوان یک انگیزه‌ی انسانی نیز می‌نگرد.

در اختیار قرار دادن رحم

رحم جایگزین در میان درمان‌های شخص سوم، ابعاد پیچیده‌تری دارد. در این روش، به دلیل این که حامل (اهدا کننده یا اجاره دهنده‌ی رحم)، بارداری را تجربه می‌کند، از چند جهت با سایر روش‌ها متفاوت است:

«اولین تفاوت در این است که برخلاف اهدای تخمک، جنین و اسپرم، حمل جنین را نمی‌توان مخفی نگه داشت.» (مشارکت کننده شماره ۳) «فرآیند رحم جایگزین به علت تغییرات فیزیکی بدن زن در دوران حاملگی، امری نیست که بتوان به سادگی از دیگران پنهان داشت» (گرمارودی، ۱۳۸۶: ۳۱۱).
 «زن حامل با فشار اجتماعی زیادی از سوی خانواده، محیط اجتماعی و سایر اطرافیان مواجه است به خصوص زنانی که مجرد هستند؛ او از چه کسی باردار شده است؟ دومین تفاوت، ریسک بالا برای سلامتی حامل، ناشی از بارداری است؛ شخص سوم همانند سایر مادران طبیعی با ریسک‌هایی از قبیل سقط جنین، خونریزی، عوارض دوران بارداری و زایمان و حتی خطر مرگ مواجه است» (مشارکت کننده شماره ۳).

«فقدان حمایت اجتماعی از رحم جایگزین که ناشی از نگرش عامه مردم است، می‌تواند زمینه را برای آسیب‌پذیری‌های بعدی، فراهم کند» (قربانی و دیگری، ۱۳۸۶: ۲۲۵).

این روش بیشتر در ازای پول انجام می‌پذیرد. کیارش آزمایش، دو گونه جایگزینی را تفکیک می‌کند: «جایگزینی تجاری و جایگزینی نوع دوستانه»^۱ (آزمایش، ۱۳۸۶: ۱۷۳). «مبلغ دستمزد در ازای حمل، در حدود ۱۰-۱۱ میلیون تومان» (مشارکت کننده شماره ۳) عنوان شده است. اما گاه برخی اعضای خانواده و سایر آشنایان، حاضر به قبول حمل می‌شوند. گرمارودی (۱۳۸۶) در پژوهش خود به دو زن اشاره می‌کند که از آشنایان و اقوام یکدیگرند. زن نابارور، ضمن کلاس تعلیم رانندگی برای معلمش که از اقوام اوست، به مشکل خود اشاره می‌کند. معلم می‌پذیرد حامل وی باشد، شوهرش را راضی به انجام این عمل در راه رضای خدا می‌کند و این دوجهد حفظ رازشان با یکدیگر برنامه‌ریزی می‌نمایند (گرمارودی، ۱۳۸۶: ۳۱۱). گرمارودی (۱۳۸۶) هم‌چنین به حامل شدن خواهر برای خواهر اشاره می‌کند: شوهر خواهر حامل، پسر خالی آن دو است.

مساله حایز اهمیت، رضایت خانواده‌ی اهدا کنندگان است، «در صورتی که حامل متاهل باشد، پذیرش این مساله برای شوهر و فرزندان چندان آسان نیست» (مشارکت کننده شماره ۳). «معمولا در چنین مواردی زمان بارداری، دیرتر برای دیگران اعلام عمومی می‌شود و پس از حمل، عنوان می‌کنند که به علت زایمان زودرس، جنین، مرده به دنیا آمده است» (مشارکت کننده شماره ۳). نکته جالب توجه در خصوص حامل‌های دارای شوهر، «خرج کردن درآمد حاصله، برای مشکلات مالی خانواده است. این موضوع از سوی بسیاری از حامل‌های متاهل عنوان می‌شود که می‌خواهند پول حاصل از حمل را خرج هزینه‌های خانواده کنند» (مشارکت کننده شماره ۳).

مساله‌ی دیگری که بر پیچیدگی ابعاد رحم جایگزین می‌افزاید، «علاقه ایجاد شده در دوران ۹ ماه بارداری است؛ جنس این مراتب بیشتر از اهدای تخمک است. از سوی دیگر، پذیرش رشد جنین به مثابه "دیگری درون من" چندان برای این زنان آسان نیست» (مشارکت کننده شماره ۲). بنابراین «در میان اهدا کنندگان، حامل‌ها، آسیب‌پذیرترین زنان به شمار می‌روند» (مشارکت کننده شماره ۲).

گرمارودی (۱۳۸۶) در پژوهش خود به بررسی انگیزه‌های عنوان شده از سوی حامل‌ها می‌پردازد. وی «انگیزه‌ی نیاز مالی را اصلی‌ترین انگیزه و کمک به خویشان و یا دوستانی که قادر به حمل جنین در رحم خود نیستند را عامل دوم می‌داند اما تاکید می‌کند، هر دو گروه به انگیزه‌های انسان دوستانه و کمک به شخص یا خانواده ثالثی که از معضل ناباروری رنج می‌برند نیز اشاره شده است» (گرمارودی، ۱۳۸۶: ۳۰۴).

^۱ Altruistic

اهدای جنین

اهدای جنین مانند اهدای تخمک و در اختیار قرار دادن رحم نیست؛ هم «از این جهت که عوارض جسمانی برای اهدا کننده ندارد و هم این که این اهدا معمولاً در ازای پول نیست. بنابراین، اگر قرار باشد کلمه اهدا به معنای واقعی درخصوص یک روش صادق باشد، اهدای جنین، انسانی‌ترین اهداست» (مشارکت کننده شماره ۲).

«پس از آن که پروسه‌ی درمانی زوجی منجر به تولد فرزند آنان می‌شود، سرنوشت جنین‌های اضافی فریز شده یکی از سه حالت زیر است:

۱. برای بارداری‌های بعدی همان زوج مورد استفاده قرار می‌گیرند. در این حالت، زوج تمایل دارند، در ازای پرداخت مبلغی در حدود ۱۸۰/۰۰۰ تومان در سال، جنین‌های فریز شده را حفظ نمایند.
 ۲. جنین‌ها دور ریخته می‌شوند. باتوجه به ابعاد قانونی و شرعی اهدای جنین، برخی زوجین ترجیح می‌دهند جنین‌های اضافی فریز شده را دور بریزند.

۳. اهدای جنین به زوج بارورخواه دیگر: این اهدا نیز مانند اهدای تخمک به دو صورت شناس و ناشناس انجام می‌شود. با توجه به این که زوج دریافت کننده جنین، هیچ گونه ارتباط ژنتیک با فرزند حاصل از آن ندارند، نگرانی‌های زیادی از سوی گیرندگان جنین اهدایی، در خصوص مالکیت بر فرزندشان وجود دارد. بنابراین روش اهدای ناشناس دارای محاسن بیشتری برای دو طرف است» (مشارکت کننده شماره ۳).

«اهدا کنندگان جنین دلایل زیر را به عنوان انگیزه‌های خود عنوان می‌کنند:

۱. ادای دین به پروردگار که به آنان فرزندی اعطا کرده است.
۲. بخشیدن زندگی به زوج بارورخواه دیگری که از نعمت داشتن فرزند محرومند.
۳. درک متقابل بارورخواهان دیگری که فاقد فرزند هستند؛ آنان نیز این تجربه را پیش از این داشته‌اند» (مشارکت کننده شماره ۳). در این جا نکته‌ی ظریفی وجود دارد که فهم آن می‌تواند مبین انگیزه‌ی سوم باشد: «بارورخواهان اذعان می‌کنند که تجربه‌ی ناباروری، تجربه‌ای است که تا وقتی آن را تجربه نکرده باشید، نمی‌توانید آن را درک کنید» (مشارکت کننده ۱ و ۲). بدین ترتیب آنان احساس همدردی بیشتری با سایر ناباروران دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پدیده‌ی ناباروری، تنها واجد ابعاد پزشکی نیست و ورود زیست‌فناوری‌های باروری به زندگی درمان-خواهان ناباروری و اهدا کنندگان موجب تغییر در «جریان زندگی روزمره» می‌گردد. در این میان، درمان-های شخص سوم، واجد ابعاد اجتماعی پیچیده‌تری نسبت به درمان‌های بدون نیاز به شخص سوم است. از آن‌جا که انسان موجودی بدن‌مند است، تجربه درد در درمان‌های ناباروری، چه برای اهدا کنندگان و چه برای گیرندگان، تجربه‌ای متفاوت از مادری را رقم می‌زند؛ تجربه‌ای که مادربودن را تجربه‌ای دردناک-تر از وضعیت طبیعی (بارداری بدون نیاز به زیست‌فناوری) می‌سازد. بدین ترتیب، این تجربه برخلاف آن چه شولامیت فایرستون بدان قایل بود، نه راه حلی رهایی‌بخش برای زنان، بلکه مسیری است که طی آن زنان گیرنده، بخشی از «بار درمان» را که عمدتاً بر دوش زنان است از طریق کمک نوع دوستانه و یا به دلیل داشتن نسبت فامیلی (بدون دریافت پول)، و یا از طریق پرداخت پول، به اشخاص اهدا کننده منتقل می‌کنند.

بدین ترتیب فرآیند مادری از طریق زیست‌فناوری‌های کمک باروری، در بخش قابل توجهی از موارد که در آن با پدیده «اهدا در برابر پول» مواجه‌ایم، منجر به شکل‌گیری یک «بازار» می‌گردد که به علت فزونی تقاضا بر عرضه، پیدایی پدیده «واسطه‌گری» را موجب شده است. پدیده‌ای که قابل مقایسه با فروش اعضای بدن (مانند کلیه) است و با توجه به غیر قانونی نبودن آن در ایران، رواج دارد. بدین ترتیب، اهدا کنندگانی که عمدتاً به دلیل مشکلات عدیده اقتصادی، جهت کسب درآمد به اهدا روی می‌آورند، بخشی از درآمد حاصله را به شبکه اشخاص واسطه می‌پردازند.

اما ابعاد اجتماعی اهدا، تنها محدود به واسطه‌گری نیست. باتوجه به تابوهای اجتماعی مربوط به باروری و زایمان، اهدا کنندگان و گیرندگان عمدتاً تلاش می‌کنند، کل فرآیند درمان ناباروری را بصورت یک راز نگه دارند. از یک سو، اهدا کنندگان (زن) مجرد، در زمان بارداری (در رحم جایگزین)، با فشار اجتماعی قابل توجهی از سوی اطرافینی رو به رو که در زمان مواجهه با بارداری آنان از طریق زیست‌فناوری‌ها، شائبه‌ی مربوط به روابط جنسی نامشروع را پشت سر و حتی در حضور وی مطرح می‌کنند. تجربه این فشار اجتماعی می‌تواند برای آنان انگ، ننگ و طرد اجتماعی را به همراه داشته باشد. از سوی دیگر، اهدا کنندگان متاهل (تخمک و رحم)، نیز با واکنش‌های همسر خود مواجه‌اند. بدین ترتیب توبوبودگی مساله باروری موجب بروز انواعی از فشارهای روانی-اجتماعی برای اهدا کنندگان است.

در طرف دیگر این مساله نیز با گیرندگانی مواجه‌ایم که عمدتاً در تلاش هستند علاوه بر ناباروری، نوع درمان خود را نیز پنهان کنند. در این میان تخمک‌هدایی، جنین‌هدایی و اسپرم‌هدایی، واجد امکان-های بیشتری جهت پنهان‌سازی راز تولد فرزند هستند حال آن‌که نگه داشتن این راز در رحم جایگزین، به دلیل نمود خارجی عوارض دوران بارداری (مانند شکم برآمده)، به مراتب دشوارتر است.

بدین ترتیب درمان‌های ناباروری چه با منشا زنانه و چه مردانه علاوه بر آن که بار اصلی تبعات جسمانی درمان بر عهده زنان است، بار اجتماعی ورود زیست فناوری‌ها به مقوله درمان نیز بیش‌تر زنان را متأثر می‌سازد. بنابراین آن چه پدیده زنانه بودن مادری قلمداد می‌شود، در درمان‌های ناباروری نیز نمود دارد. با این وجود با توجه به کنترل بیشتر مردان بر منابع اقتصادی خانواده، در بسیاری موارد، تصمیم‌گیری نهایی در خصوص آغاز یا تداوم فرآیند درمان از طریق زیست‌فناوری‌های باروری، با مردان است.

منابع

- ایزدیار، ن. (۱۳۹۰). بررسی جامعه‌شناختی تجربه زیسته گیرندگان تخمک‌اهدایی مراجعه‌کننده به پژوهشگاه رویان در سال ۱۳۸۹. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات، تهران.
- شریفی‌نویس، م. (۱۳۹۱). ابعاد جامعه‌شناختی ورود تکنولوژی‌های ناباروری (ART) به مقوله‌ی مادری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد واحد تهران مرکزی.
- آرامش، ک. (۱۳۸۶). بررسی اخلاقی رابطه‌ی پولی در رحم جایگزین. مجموعه مقالات: رحم جایگزین. تهران: انتشارات سمت. چاپ اول.
- قاضی طباطبایی، م؛ و دیگری. (۱۳۸۷). رحم جایگزین - تاملی ساخت‌گرایانه بر پزشکی شدن مادری. فصل‌نامه باروری و ناباروری. تابستان ۱۳۸۷، صص ۱۴۴-۱۶۴.
- گرمارودی، ش. (۱۳۸۶). بازاندیشی خویشاوندی، سخنی درباره‌ی رحم جایگزین در ایران. مجموعه مقالات: رحم جایگزین، تهران: انتشارات سمت. چاپ اول.
- برک، ا. ج. (۱۳۸۶). بیماری‌های زنان برک و نواک. ترجمه: بهرام قاضی‌جهانی و دیگران. جلد دوم، تهران: انتشارات گلبن.
- تانگ، ر. (۱۳۸۷). درآمدی بر نظریه‌های فمینیستی. ترجمه: منیژه نجم‌عراقی. تهران: نشر نی. چاپ اول.