

بررسی باورها و آگاهی زوجین متقاضی اهدای جنین از شرایط طبی و حقوقی اهدای جنین در ایران

دکتر رعنا هاشمی*، دکتر آرش عکازی**

* متخصص پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور
** دستیار پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

زمینه و هدف: درمان ناباروری به وسیله اهدای جنین، یکی از روش‌ها و تکنیک‌های کمکی تولیدمثل برای داشتن فرزند در زوج‌های نابارور است. در ایران نیز با اعلام مشروعیت آن توسط فقها، با تصویب قانون از سال ۱۳۸۲ شرایط انجام آن مهیا گردید. اما لازمه اهدای جنین توجه به ملاحظات اخلاقی زیادی است که قانون‌گذار باید به صورت صریح و شفاف آن را روشن کند و راه سوءاستفاده‌های غیراخلاقی را مسدود سازد. همچنین متقاضیان باید آگاهی بیشتری نسبت به شرایط طبی و حقوقی آن داشته باشند. روش بررسی: در این مطالعه توصیفی، طی ۶ ماه به روش سرشماری، با ۸۶ زوج متقاضی اهدای جنین که از طرف دادگاه خانواده به واحد پزشکی قانونی مرکز شهر تهران ارجاع شده بودند، مصاحبه شد و پرسش‌نامه طراحی شده پر گردید. داده‌های به دست آمده با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در خصوص بررسی وضعیت ناباروری در ۹۳/۹٪ موارد، علت ناشی از ناباروری مرد بود. در هیچ یک از زوجین، اعتیاد به مواد مخدر، ابتلا به ایدز و هیپاتیت و بیماری‌های روانی شدید احراز نگردید. ۹۱/۵٪ از زوجین متقاضی، اطلاعی از زوج دهنده نداشتند و انتخاب را به عهده مرکز درمانی گذارده بودند. ۷۰/۷٪ از زوجین به خصوصیات اخلاقی و ۷۲٪ آنها به خصوصیت ژنتیکی فرزند حاصل از اهدا، اهمیت ویژه‌ای می‌دادند. ۵۹/۸٪ از زوجین متقاضی در خصوص رابطه فرزند حاصل از اهدا با زوج دهنده و مشکلات مرتبط با هویت فرزند بوجود آمده، فکر نکرده بودند. در مورد نحوه فاش‌سازی به کودک، ۸۵/۴٪ موارد ذکر کردند که موضوع دریافت جنین را به کودک حاصل از اهدا نخواهند گفت.

نتیجه‌گیری: ناشناس ماندن زوج‌های دهنده باعث می‌شود که تداخلات حقوقی و عاطفی کمتری در آینده برای زوج دهنده و گیرنده ایجاد گردد. از طرفی حقوق انسانی کودکانی که از این طریق به دنیا می‌آیند، ایجاد می‌کند از نحوه تولدشان مطلع شوند. همچنین احتمال وقوع زنا با محارم بصورت غیر عمدی و آتومالی‌های ژنتیکی به دنبال افزایش تعداد زایمان‌های ناشی از باروری کمکی، روی هم رفته نظرات را به سمت گفتن حقیقت به فرزندان خصوصاً در سنین قبل از بلوغ سوق می‌دهد. هر چند باید توجه داشت که این موضوع در ایران بسیار نوپا می‌باشد و در حال حاضر مطالعه قابل استنادی با در نظر گرفتن اختلافات فرهنگی و عقیدتی ما با سایر ممالک انجام نشده است. همچنین به نظر می‌رسد که اطلاعات زوجین متقاضی نسبت به مسایل طبی و حقوقی بارداری به روش دریافت جنین، به میزان کافی نباشد و ایجاد تسهیلاتی جهت اطلاع‌رسانی بیشتر و انجام مشاوره‌های تخصصی پیش از اقدام به انجام مراحل اداری و قانونی مربوطه لازم به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: اهدای جنین، حقوق، اخلاق

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۴/۱۳

وصول مقاله: ۱۳۸۵/۸/۷

نویسنده پاسخگو: تهران - خ انقلاب - دانشگاه علوم پزشکی تهران - گروه پزشکی قانونی Arashoz2001@yahoo.com

مقدمه

۲۰-۱۰ هزار زوج نیاز به جنین اهدایی پیدا می‌کنند (۱). نوزادی که به دنبال انجام این فرآیند به دنیا می‌آید، ارتباط ژنتیکی با والدین جدید خود ندارد و ارتباط بین والدین و فرزندان حاصل از اهدا نسبت به رابطه سنتی و مرسوم که در یک زوج بارور که یک بارداری کامل و موفق را تجربه می‌کنند، متفاوت خواهد بود. اهدای جنین یک گزینه مناسب برای ایجاد خانواده‌ای است که در آن زن به علت نارسایی زودرس تخمدان‌ها، عدم پاسخ مناسب به تحریک معمول تخمدان‌ها

درمان نازایی بوسیله دریافت جنین یکی از روش‌ها و تکنیک‌های تولیدمثل کمکی است. براساس گزارش‌های آرایه شده توسط انجمن باروری، ناباروری ایران حدود ده میلیون زوج نازا در کشور وجود دارند که ۲۰٪ آنان نیاز به درمان‌های پیشرفته دارند و از این میان حدود

ارزیابی قرار گرفته است تا در سایه آن لزوم مشاوره های روانپزشکی و حقوقی و همچنین حمایت بیشتر دستگاه های ذیربط از این گروه از بیماران مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

روش بررسی

مطالعه انجام شده یک مطالعه توصیفی و مقطعی است. در این بررسی در فاصله ماه های آذر سال ۱۳۸۵ لغایت اردیبهشت ۱۳۸۶ به مدت تقریباً شش ماه کلیه زوج هایی که جهت دریافت جنین به مراکز درمانی مختلف مراجعه و جهت تأیید و انجام مراحل قانونی به واحد پزشکی قانونی مرکز شهر تهران مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. زوج های گیرنده، تحت بررسی بالینی و معاینات پزشکی از نظر سلامت عمومی و توانایی حمل جنین و همچنین بررسی روانپزشکی جهت رد هر گونه بیماری روانی جدی که منجر به عدم توانایی در نگهداری و پرورش فرزند باشد، قرار گرفتند. اثبات وضعیت ناباروری زوجین توسط معاینات و شواهد پاراکلینیک محرز گردید. سپس یک پرسشنامه شامل ۱۱ سؤال (به صورت سؤالات باز و بسته) و حاوی پرسش هایی در مورد سوابق بیماران و اطلاعات دموگرافیک به زوج ها ارایه می شد. راهنمایی های اولیه توسط یک فرد مشترک که آموزش های لازم را در مورد مطالعه دیده و اطلاعات کافی را نسبت به پاسخ دهی یکسان به مراجعین داشت، صورت گرفت. سؤالات پرسشنامه شامل موارد زیر بود: ۱- وجود یا عدم وجود زوج شناخته شده جهت اهدا و در صورت شناسایی نسبت آنها با زوج گیرنده ۲- توجه گیرندگان به رابطه فرزند حاصل از بارداری با زوج اهدا کننده ۳- اهمیت خصوصیات ژنتیکی ۴- اهمیت خصوصیات اخلاقی و ظاهری ۵- وجود مرکز درمانی شناخته شده ۶- هزینه لازم جهت انجام مراحل درمانی و توانایی پرداخت ۷- توجه زوجین به مشکل هویت فرزندان حاصل از این بارداری ۸- طرح موضوع با بستگان و اقوام ۹- طرح موضوع با فرزند ۱۰- سن مناسب جهت مطرح کردن موضوع با فرزند ۱۱- انجام و عدم انجام مشاوره روانپزشکی قبل از اقدام به درمان. داده های به دست آمده با نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. متغیرهای کمی با میانگین انحراف معیار و دامنه تغییرات معرفی گردیدند و متغیرهای کیفی با فراوانی نسبی و مطلق گزارش شدند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، هر یک از پرسشنامه ها با اختیار و انتخاب مراجعان و بدون ذکر نام و نام خانوادگی و با شماره پرونده تکمیل گردیدند و در مورد حفاظت از اطلاعات شخصی به بیماران اطمینان داده شد.

یافته ها

در این مطالعه در مجموع ۸۶ زوج که طی شش ماه از شعب مختلف دادگاه خانواده در شهر تهران به واحد مرکز پزشکی قانونی

و سایر علل قادر به تولید تخمک نمی باشد و یا مرد دچار آزو اسپرمی است و قادر به تولید اسپرم نیست. همچنین اهدای جنین در زوج هایی که از بیماری های ارثی خانوادگی رنج می برند و خطر انتقال ناتوانی قابل توجهی به فرزندان می رود، می تواند گزینه مناسبی باشد. هر چند که در آینده با کمک علم ژنتیک شاید بتوان این زوج ها را از طریق گامت های خودشان بارور کرد. لازمه اهدای جنین توجه به ملاحظات اخلاقی زیادی است و باید جنبه های متفاوتی که مرتبط با زوج دهنده، زوج گیرنده و فرزندان حاصل از این بارداری است در نظر داشت؛ سؤالاتی مثل شرایط لازم جهت انتخاب زوج دهنده و گیرنده، میزان اطلاعات دهندگان نسبت به گیرندگان و برعکس و محدوده مجاز این آگاهی، مطلع ساختن کودک از نحوه تولد خود، مطلع ساختن دیگران و بستگان در مورد عمل انجام شده، اهمیت بررسی خصوصیات اخلاقی و ژنتیکی دهندگان و نوع ارتباط فرزندان و میزان آشنایی آنان با والدین اصلی خود و بسیاری از سؤالات دیگر مواردی هستند که هنوز اندیشمندان در پی یافتن بهترین جواب برای آنها می باشند و لازم است طی بررسی های پزشکی - اجتماعی و حقوقی به این سؤالات پاسخ داد. در بسیاری از نقاط جهان اهدای جنین یک روش پذیرفته شده برای زوج های نابارور است. برای مثال در آمریکا، استرالیا، کشورهای اروپایی مثل بلژیک، یونان، روسیه، اسپانیا و انگلستان از این روش به طور معمول استفاده می کنند (۳، ۲).

هر چند در برخی از کشورهای اروپایی هنوز اهدای جنین منع قانونی دارد، در کشور ایران اهدای جنین به زوجین نابارور تحت شرایط خاص، رسمیت حقوقی دارد. اهداکنندگان جنین باید ۱- زوج قانونی و شرعی باشند ۲- رضایت صاحبان جنین لازم است ۳- رعایت ضوابط شرعی در تلقیح خارج از رحمی انجام گیرد. شرایط گیرندگان به این شرح است: ۱- زنی که تلقیح را می پذیرد باید مزدوج باشد ۲- ناباروری یکی یا هر دو زوج اثبات شده باشد ۳- استعداد دریافت جنین بوسیله زوجه که ناظر به وضعیت جسمانی در حفظ و پرورش جنین ناشی از تلقیح است وجود داشته باشد؛ در ادامه قانون گذار به طور عمدی خواسته است تا رابطه بین زوجین اهداکننده و دریافت کننده جنین پنهان بماند (۴). در بررسی مقالاتی که طی سال های ۱۹۸۳ لغایت ۲۰۰۲ میلادی به چاپ رسیده اند مشخص شد که خانم های گیرنده مسایل خاصی را مورد نظر دارند که شامل: انگیزه، خصوصیات - دهندگان، انتخاب دهنده ناشناس یا شناسایی شده، ارتباط والدین و کودکان، مطلع کردن اطرافیان و دوستان نسبت به نوع بارداری و روش به کار گرفته شده و اطلاعات آماری، تحصیلی و اجتماعی - روانی می باشند (۵). در این مطالعه سعی شده است تا وضعیت آگاهی و میزان اطلاعات زوجین ناباروری که روش دریافت جنین را به عنوان روش درمانی خود انتخاب کرده اند و برای گذاردن مراحل قانونی آن به پزشکی قانونی مراجعه کرده اند مورد بررسی قرار گیرد؛ همچنین باورهای زوج های گیرنده و عملکردشان نسبت به فرزند حاصل از این نوع باروری و مسایلی که در روابط خانوادگی با آن مواجه می شوند مورد

جدول ۱ - میزان اطلاعات گیرندگان جنین اهدایی از هزینه‌های عمل دریافت جنین و توانایی پرداخت آن

جمع	توانایی پرداخت هزینه‌ها		آگاهی از هزینه عمل
	بله	خیر	
۷۲	۶۹	۳	آگاه
۳	۱	۲	ناآگاه
۷۵	۷۰	۵	جمع کل

کردند که موضوع دریافت جنین را به اطرافیان خواهند گفت و ۱۱ زوج (۱۳/۴٪) اظهار داشتند که به کودکان خود نیز این موضوع را اطلاع می‌دهند. ۷۴ زوج (۹۰/۲٪) اظهار کردند موضوع را به دیگران نمی‌گویند و ۷۰ زوج (۸۵/۴٪) گفتند که حتی به کودک خود نیز موضوع دریافت جنین را نخواهند گفت. در این بین یکی از زوج‌ها اظهارنظری نکرده است. مشاوره روانپزشکی در ۳۳ زوج (۴۰/۲٪) انجام شده بود و در ۴۹ زوج (۵۹/۸٪) هیچ مشاوره‌ای قبل از انجام مراحل کار صورت نگرفته بود.

۸ زوج (۹/۸٪) اظهار کردند که در دهه دوم زندگی در مورد هویت کودک و نحوه به دنیا آمدنش با او صحبت می‌کنند و ۲ زوج (۲/۴٪) دهه اول را انتخاب کردند. سایر زوج‌ها یا تمایلی به مطلع ساختن کودک نداشتند یا سن خاصی برای گفتگو با کودک خود انتخاب نکرده بودند.

بحث

آیین‌نامه اهدای جنین در ایران در سال ۱۳۸۲ توسط مجلس شورای اسلامی تصویب گردید که در آن شرایط تابعیت جمهوری اسلامی ایران، صلاحیت اخلاقی زوجین، عدم اعتیاد، عدم ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج، عدم محجوریت زوجین، عدم امکان باروری زوجه و استعداد دریافت جنین توسط زوجه لحاظ گردیده است. البته قبل از آن، علما بحث‌های زیادی در مورد مشروعیت این روش انجام داده و انواع باروری‌های مصنوعی و احکام فقهی مربوط به آن را مورد بحث قرار داده بودند و حلیت آن با لحاظ شرایط معین اعلام شده است. فرزندی که از راه باروری مصنوعی پدید می‌آید (در همه انواع لقاح مصنوعی با انواع مختلف دهنده‌ها و گیرنده‌ها)، پاک (مشروع) است و صاحبان آن دو جزء نخستین، یعنی اسپرم و اوول، پدر و مادر او هستند و او دارای همه حقوق و تکالیفی است که هر فرزند دیگر دارد، خواه یکی از دو صاحب آن اجزای نخستین یا هر دو، شناخته و معین باشند و خواه ناشناخته و نامعین. البته با این تفاوت، آنجا که پدر ناشناخته مانده یا مادر ناشناخته مانده، فرزندی که پدید آمده است را ناشناخته پدر یا ناشناخته مادر می‌خوانند. نه آن که بدون پدر و یا

ارجاع شده بودند، بررسی شدند. سن متوسط متقاضیان گرفتن جنین در زن‌ها ۳۲/۸۹ سال بود که جوانترین آنها ۲۰ سال و مسن‌ترین آنها ۴۷ سال داشت و در مردان متوسط سن ۳۹/۰۹ سال بود که کم‌سن‌ترین ۲۴ سال و مسن‌ترین ۷۲ سال داشتند. به طور متوسط ۱۱/۱ سال از زمان ازدواج این زوج‌ها می‌گذشت که کم‌ترین آنها یک سال و بیشترین آنها ۳۰ سال بود. ۵۰ نفر (۶۰/۹٪) از این بیماران پیش از تصمیم به دریافت جنین سابقه اقدامات درمانی قبلی را داشتند. از بین خانم‌ها ۱۴ نفر (۱۷/۱٪) شاغل بودند و ۶۸ نفر (۸۲/۹٪) بیکار و مردان همگی شاغل بودند. در بین زوج‌های مورد مطالعه ۱۶ مورد (۱۹/۵٪) رابطه نزدیک فAMILI با هم داشتند (نسبت فAMILI درجه دو نیز رابطه فAMILI نزدیک در نظر گرفته شد)، ده زوج (۱۲/۲٪) نسبت فAMILI دور داشتند که منظور رابطه درجه سوم به بالا می‌باشد و ۵۶ زوج (۶۸/۳٪) نیز هیچ نسبت فAMILI با هم نداشتند. در بررسی وضعیت ناباروری در ۷۷ زوج (۹۳/۹٪) علت ناشی از ناباروری مرد بود و تنها در یک زوج (۱/۲٪) علت ناشی از ناباروری خانم بود و در چهار مورد (۴/۹٪) هر دو نابارور بودند. اعتیاد به مواد مخدر، ابتلا به ایدز و هیپاتیت و بیماری‌های روانی شدید در هیچ کدام از زوجین مشاهده نشد. در بررسی وضعیت آشنایی و شناسایی زوج‌دهنده مشخص شد که ۷ زوج (۸/۵٪) از گیرندگان، زوج‌دهنده را می‌شناسند و خود انتخاب کرده‌اند و ۷۰ زوج (۹۱/۵٪) اطلاعی از زوج‌دهنده ندارند و انتخاب را به عهده مرکز درمانی گذارده بودند. در مواردی که زوج‌دهنده انتخاب شده بودند معمولاً از بین اقوام و دوستان، افرادی به صورت داوطلبانه جهت اهدای جنین اظهار آمادگی کرده بودند.

در مورد خصوصیات ظاهری زوج‌دهنده و همچنین خصوصیات اخلاقی آنها، ۵۸ زوج (۷۰/۷٪) اهمیت ویژه‌ای به این موضوع می‌دادند و ۲۳ زوج (۳۸/۱٪) برایشان اهمیتی نداشت و بیشتر به نتیجه کار مبنی بر بوجود آمدن فرزند توجه داشتند و یک زوج (۱/۲٪) نیز در این مورد نظری نداشت.

در مورد خصوصیات ژنتیکی و نحوه ارزیابی آنها ۵۹ زوج (۷۲٪) از گیرندگان اهمیت ویژه‌ای به این مقوله می‌دادند و از مؤسسه و درمانگر خود تقاضای ارزیابی ژنتیکی جنین را داشتند و ۲۰ زوج (۲۴/۴٪) آنها به این موضوع اهمیتی نمی‌دادند و ۳ زوج (۳/۷٪) پاسخی به این سؤال نداده بودند. در مورد اطلاعات گیرندگان نسبت به هزینه انجام مراحل دریافت جنین و توانایی آنها در پرداخت هزینه مربوطه، اطلاعات در جدول ۱ آمده است.

۴۹ زوج (۵۹/۸٪) اصلاً در مورد رابطه فرزند حاصل از بارداری با زوج‌دهنده و مشکلات مرتبط با هویت فرزند بوجود آمده، فکر نکرده بودند و ۳۳ زوج (۴۰/۲٪) قبل از اقدام به انجام مراحل قانونی و طبی این ارتباط و مسائلی مربوط به آن را مورد توجه قرار داده بودند که در این بین ۱۳ زوج معتقد به ارتباط والد - فرزندی بین دهنده‌گان و کودک بودند و سه زوج هیچ رابطه‌ای بین آنها قایل نبودند. در مورد فاش‌سازی نحوه بارداری به کودک و اطرافیان، ۷ زوج (۸/۵٪) اظهار

بدون مادر باشد (۶).

در این مطالعه، اطلاعاتی در مورد آگاهی، بینش و عملکرد افراد داوطلب جهت دریافت جنین نسبت به شرایط طبی و حقوقی که در حال حاضر بر فرآیند اهدای جنین و فرزند حاصل از این نوع باروری حاکم است ارایه می‌گردد. افراد داوطلب شامل افرادی هستند که لاقل برای یک سال نازایی داشتند و غالب آنها از سایر روش‌های درمانی استفاده کرده بودند که با آن روش‌ها پاسخ مناسب حاصل نشده بود. از سال ۱۹۸۰ بارداری از طریق اهدای جنین و تخم امکان‌پذیر شد (۷) میزان بارداری در انتقال جنین‌های منجمد شده حدود (۱۹/۱٪) و در جنین‌های تازه که به صورت مجزا از اووسیت و اسپرماتوزوید جدید بوجود آمده باشند حدود (۳۲/۳٪) گزارش شده است (۸). در سال ۱۹۹۸ به کمک تکنولوژی کمی باروری، ۲۸۸۷۳ تولد زنده در آمریکا با موفقیت انجام شد که ۲۹٪ از آنها از طریق اهدای گامت و جنین بوجود آمده بودند (۹). به دنبال افزایش تولدهای ناشی از روش‌های کمی بارداری، مسایل جدیدی در مورد هویت فرزندان، نحوه انتخاب گیرندگان و دهندگان، مسایل ژنتیکی و ارثی، روابط عاطفی و حقوقی بین فرزندان با والدین اصلی و فعلی و نیز مسأله فاش‌سازی هویت زوج دهنده جنین، مطرح شده است. یکی از مسایل مطرح این است که آیا فرزندان باید از موضوع مطلع باشند و در صورت مثبت بودن پاسخ چه زمانی را انتخاب کنیم؟ اهدای جنین در ابتدا بر پایه ناشناس بودن زوج‌های دهنده و گیرنده نسبت به یکدیگر بنا نهاده شد (۱۰)؛ این موضوع باعث می‌شد تا تداخلات حقوقی و عاطفی کمتری در آینده برای زوج دهنده و گیرنده ایجاد گردد چرا که هیچ ادعایی به علت ناشناس بودن طرف مقابل قابل پیگیری نبود. به علت محدودیت ایجاد شده در مورد آشنایی دهندگان و گیرندگان جنین، والدینی که تصمیم به بازگویی واقعیت به کودکانشان داشتند فقط اطلاعات مختصری نسبت به دهندگان در دست داشتند و با افزایش تعداد افرادی که از این طریق به دنیا آمده بودند بحث در مورد اهمیت خصوصیات ژنتیکی و انتقال این خصوصیات و به ارث رسیدن آنها بالا گرفت و این سوال پیش آمد که چه اندازه از اطلاعات ژنتیکی باید در اختیار گیرندگان و فرزندان حاصل از این باروری گذاشته شود؟ ویکتوریای استرالیا جزو معدود مناطقی است که قانون اطلاعات را از سن ۱۸ سالگی به بعد در دسترس فرزندان قرار می‌دهد (۱۱) در سوئد هم زمانی که فرزندان به سن بلوغ می‌رسند اجازه مطلع شدن از اطلاعات مربوط به نحوه تولد خود و والدین اصلیشان دارند (۱۲) در انگلستان اجازه دستیابی به اطلاعات دهندگان گامت البته به جز مشخصات شناسایی آنها داده شده است (۱۳). در حال حاضر با توجه به قوانین موجود در کشور احتمال ایجاد ضرر و زیان برای زوج‌های دهنده و گیرنده در مصادیق متفاوت وجود دارد لذا کارشناسان جهت جلوگیری از خسارات احتمالی توصیه به پنهان ماندن هویت زوج‌های دهنده و گیرنده از یکدیگر دارند (۱).

بعضی از والدین موضوع اهدا و دریافت جنین را مخفی نگاه

می‌دارند چرا که نسبت به بیان این مسأله در سابقه زندگی شخصی خود احساس خوشایندی ندارند. بعضی در مورد آشکارسازی این مسأله مشکلی ندارند ولی به وسیله همسر خود که او از واپس زده شدن توسط فرزندی که منشأ ژنتیکی مشترک با آنها ندارد واهمه دارد، منع می‌شوند. گروهی هم به علت دور نگه‌داشتن کودک از استرس ناشی از بیان موضوع، سعی در مخفی نگاه داشتن دریافت جنین می‌کنند؛ چرا که از یک طرف اطلاعات کافی در مورد دهنده جنین، در صورت لزوم در دسترس نیست و از طرف دیگر توضیح این موضوع به جامعه ممکن است برای کودک آزاردهنده و استرس‌آور باشد. در حدود ۲۰ تا ۳۰ سال پیش والدین معمولاً در مورد نحوه بارداری خود به فرزندان اطلاعاتی نمی‌دادند؛ این مسأله بیشتر به علت کمبود سطح تحصیلات و معلومات و همچنین عدم حمایت مناسب از آنها بود (۱۴) امروزه هم در برخی موارد مشکلاتی در دسترسی به اطلاعات لازم احساس می‌شود. مانع دیگری که به عنوان عامل بازدارنده به نظر می‌رسد نحوه بیان مسأله به فرزند و زمان گفتن این حقیقت است که در جای خود عاملی نگران کننده برای والدین محسوب می‌شود. والدینی که تصمیم به بیان مسأله به فرزندان دارند از طرق مختلف به این امر اقدام می‌کنند، گروهی ارتباط خانوادگی با دهندگان جنین برقرار می‌کنند، گروهی از طریق کتب مختلف به تدریج کودک را با نوع تولد و مکانیسم باروری آشنا می‌کنند و گروهی به کمک داستان‌سرایی ذهن کودک را جهت پذیرش مسأله آماده می‌نمایند. شواهد غیر قطعی در رابطه با آسیب‌های احتمالی فرزندی که در مورد ریشه وجودیشان به آنها چیزی گفته نشده است وجود دارد ولی حقوق انسانی، تجارب کودکانی که از این طریق به دنیا آمده‌اند و از نحوه تولدشان مطلع شده‌اند و افزایش احتمال وقوع آنومالی‌های ژنتیکی به دنبال افزایش تعداد زایمان‌های ناشی از باروری کمی روی هم رفته نظرات را به سمت گفتن حقیقت به فرزندان خصوصاً در سنین قبل از بلوغ سوق می‌دهد. در مقایسه بین خانواده‌هایی که در مورد وضعیت باروری خود به کودکان اطلاعات کافی می‌دهند و کودک از نحوه تولد و وجود والدین حقیقی خود مطلع می‌شود با خانواده‌هایی که این موضوع را پنهان می‌کنند مشاهده شده است که مشکلات کمتری در روابط خانوادگی گروه اول ظاهر می‌شود (۱۶). در یک بررسی مقایسه‌ای در مورد روابط والدین با کودکانی که از طریق اهدای جنین و یا اسپرم بوجود آمده‌اند در مقایسه با فرزندان اصلی آنها مشخص شد که رابطه والدین با کودکان حاصل از اهدای جنین به نسبت رابطه آنها با کودکان اصلیشان از نزدیکی و استحکام بیشتری برخوردار است. در مقایسه، تحقیقاتی که در گذشته انجام شده بود درصد افرادی که نحوه باروری خود را به فرزندانشان می‌گویند در حال حاضر از درصد بسیار بالاتری برخوردار می‌باشد (۱۷). در مطالعه حاضر تنها ۱۳/۴٪ از زوجین داوطلب اظهار داشتند که موضوع نحوه باروری خود را در آینده با فرزندانشان در میان خواهند گذاشت حال آنکه در جوامعی که سابقه انجام روش‌های کمی بارداری را تجربه کرده‌اند، اغلب روانپزشکان و پزشکان درمانگر اعتقاد به بازگو کردن

مشروعیت آن عبارتند از: ۱- هنگام گرفتن شناسنامه برای نوزاد نام چه کسی به عنوان نام پدر ذکر گردد (پدر بیولوژیک یا شوهر مادر یا ناشناخته پدر) ۲- اگر از منی فرد دهنده چندین نمونه منی تهیه شود یا جنین‌های تهیه شده از یک زوج دهنده بصورت جنین فریز شده جهت چندین زوج متفاوت استفاده گردد، آیا احتمال زناي محارم (بصورت غیرعمدی) در آینده بین فرزندان وجود نخواهد داشت؟ ۳- تا چه مدت زمانی مجاز هستیم از جنین‌های فریز شده استفاده نماییم؟ آیا امکان دارد که در آینده زنی که از این جنین‌ها استفاده می‌کند بچه‌ای را به دنیا بیاورد که از نظر ژنتیک می‌بایست پدر بزرگ یا مادر بزرگ او باشد؟

با توجه به مسایل فوق پیشنهاد می‌گردد قانون گذار با تصویب قوانین کارشناسی شده، نظارت بیشتری بر این امر داشته و جنبه‌های مبهم آن را روشن ساخته و راه سوء استفاده‌های غیراخلاقی را مسدود سازد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در دادگاه‌های خانواده که اولین مکان مراجعه متقاضیان اهدای جنین است، بروشور اطلاعاتی در خصوص شرایط طبی و حقوقی و اهدای جنین، حداقل و حداکثر میزان موفقیت روش‌های باروری مصنوعی، متوسط هزینه‌ها، مشاوره در خصوص بازگویی موضوع به فرزندان حاصل از اهدا و مواردی از این نوع در اختیار متقاضیان گذاشته شود تا با آگاهی بیشتری نسبت به انتخاب این روش اقدام نمایند.

تقدیر و تشکر

در پایان جا دارد از زحمات سرکار خانم دکتر فاطمه صمدی متخصص پزشکی قانونی و سرکار خانم دکتر سحر ناصری پزشک قانونی واحد مرکز که صمیمانه در انجام مصاحبه و پرکردن پرسش-نامه‌ها، ما را یاری نمودند سپاسگزاری و قدردانی نماییم.

نحوه بارداری به فرزندان دارند. در مطالعه‌ای روی زوج‌های گیرنده جنین پاسخ اکثر والدین در مورد بازگو کردن نحوه باروری خود به فرزندان مثبت بود و دلیلشان برای بیان حقیقت رعایت حق فرزند در مورد آگاهی از مسایل و مشکلات خانواده و سهیم بودن در آن و دخالت دادن وی در اسرار پنهان خانوادگی بوده است. گروهی دیگر به دلیل عدم وجود عامل مجبور کننده و الزام آور، تمایلی به گفتن موضوع به فرزندان نداشتند (۱۸) و برخی معتقد بودند که با پنهان کردن موضوع، می‌توان از مادر و کودک حفاظت بیشتری بعمل آورد (۱۹). در بررسی ارتباطات خانوادگی، در مواردی که کودک از نحوه تولد خود مطلع بود ارتباط نزدیک‌تر به همراه مشکلات کمتری وجود داشت و مادرانی که تمایل به فاش سازی موضوع داشتند جر و بحث‌های کمتر و ملایم‌تری با فرزندان داشتند؛ به علاوه این والدین خود را نسبت به والدینی که موضوع را مخفی می‌کردند موجه‌تر و لایق‌تر احساس می‌کردند. در یک بررسی ۱۲ ساله در اروپا روی مواردی که از روش‌های کمکی باروری استفاده شده بود کودکانی که در مورد وضعیت تولدشان مطلع شده بودند نسبت به مواردی که بی‌خبر بودند با مادرشان ارتباط بهتر و بدون جدالی برقرار می‌کردند که البته این اتفاق در مورد پدر از شدت کمتری برخوردار بود (۱۹). در کشور ما در خصوص مطلع ساختن کودک از هویت خویش با توجه به اینکه مدت اندکی از تصویب و اجرای قانون اهدای جنین می‌گذرد و هنوز کودکان متولد شده با این روش به سن مدرسه نیز نرسیده‌اند مطالعه قابل استنادی وجود ندارد و بررسی و مطالعه در این زمینه با توجه به وضعیت متفاوت فرهنگی ما نسبت به سایر کشورهای مورد اشاره الزامی به نظر می‌رسد.

نتیجه گیری

بارزترین موارد مشکلات اهدای جنین پس از اعلام حلیت و

منابع

- ۱- نوروزی ع، رمضان‌زاده ف. بررسی قانون اهدای جنین، چالش‌ها و راهکارها. مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر. دانشگاه علوم پزشکی تهران، فروردین ۱۳۸۴.
- 2- Jones HW, Cohen J. Donation of gametes and embryos. IFFS surveillance 98. Fertil Steril (Supple2), 1999; 71: 17S-18S.
- 3-Schenker JG. Assisted reproduction practice in Europe: legal and ethical aspects. Hum Repord
- Update. 1997 Mar-April; 3(2): 173-184.
- ۴- الهام غ. مقررات و آثار حقوقی اهدای جنین. خلاصه مقالات اولین کنگره پزشکی قانونی کشورهای اسلامی، تیر ۱۳۸۳، ص ۲۱.
- 5-Hersberger P. Recipients of oocyte donation: an integrative review. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2004 Sep-Oct; 33 (5): 610-21.
- ۶- یزدی محمد. باروری‌های مصنوعی و حکم فقهی آن. مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۳۷۸، شماره ۱۷ و ۱۸.

- 7- Trounson A, Leeton J, Besanko M, Wood C, Conti A. Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilized in vitro. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1983 Mar 12; 286 (6368): 835-8.
- 8- Marcus SF, Marcus NK. Embryo donation. *Assist Reprod* (1999)., 9, 138-143.
- 9- Schieve LA, Jeng G, Wilcox LS. Use of assisted reproductive technology. United States, 1996 and 1998. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287: 1521-1522.
- 10-Rumball A, Adair V, Telling the story: Parents script for donor offspring. *Human Reproduction* 1999 May; 14 (5): 1392-1399.
- 11- Infertility Treatment Authority. Annual Report 2001. Melbourne; Inf. T. A.
- 12-Rose & another, Secretary of state of Health & Human Fertilization and Embryology Authority (2002) EWHC1593 (ADMIN). UK.
- 13- Rowland R. The social and psychological consequences of secrecy in artificial insemination by donor (AID) programmes. *Soc Sci Med* 1985; 21 (4): 391-396.
- 14- Kirkman M. Patients' contributions to the narrative identity of offspring of donor-assisted conception. *Social Science & Medicine*. 2003; 57(11): 2229-2242.
- 15- Lycett E, Daniels K, Curson R, Golombok S. Offspring created as a result of donor insemination: a study of family relationships, child adjustment, and disclosure. *Fertil Steril* 2004 Jul; 82(1):172-179.
- 16-Golombok S, Lycett E, MacCallum F, Jadva V, Murray C & et al. Parenting Infants Conceived by Gamete Donation. *Journal of Family Psychology* 2004 Sep; 18(3): 443-452.
- 17- Hahn SJ, Craft-Rosenberg M. The Disclosure Decisions of Parents Who Conceive Children Using Donor Eggs. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2002; 31(3): 283-293.
- 18-Golombok S, Murray C. to tell or not to tell: the decision-making process of egg-donation parents. *Human Fertility* 2003; 6(2): 89-95.
- 19-Golombok S, MacCallum F, Goodman E, Rutter M. Families with children conceived by donor insemination: a follow-up at age 12. *Child Dev* 2002; 73: 952-968.