

ملاحظات اخلاقی در روش کمک باروری رحم جایگزین

فریبا اصغری (M.D.)

- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: روش‌های کمک باروری تحول عظیمی در توانمندی بقای نسل و تحکیم ساختار خانواده زوج‌های نابارور ایجاد کرده است. اما این فن‌آوری نیز مانند هر فن‌آوری جدید دیگر در پزشکی با خود سئوالاتی در مورد درستی و نادرستی اخلاقی آن پیش می‌کشد. هدف از این مقاله بررسی مسایل اخلاقی در روش کمک باروری مادر جایگزین با استناد به اصول اخلاق زیستی است.

اتونومی یکی از اصول اخلاق زیستی است که دلالت آن در فرایند مادر جایگزین به شکل حق مادر جایگزین در امتناع از مراقبت حین بارداری و اهداء کودک به والدین ژنتیکی می‌باشد. لحاظ نمودن مشاوره‌های کامل برای تمام افراد درگیر در این فرایند می‌تواند با احترام به حق اتونومی افراد در انتخاب آزادانه و آگاهانه این روش، پذیرش مسئولیت و تعهداتشان را در این قرارداد افزایش دهد. اصل دیگر اخلاقی رعایت سود رسانی و عدم اضرار به افراد درگیر در این فرایند است. برای رعایت اصل عدم اضرار لازم است تمامی معاینات، آزمایشات و مراقبت‌های مربوط به پیشگیری از آسیب به مادر جایگزین و کودک بعمل آورده شود. عدالت اصل دیگر اخلاقی است که در این فن‌آوری مطرح است. بهره‌برداری اقتصادی در مادر جایگزین باعث استفاده ابزاری از انسان و استثمار زنان کم درآمد به نفع خدمت‌رسانی به افراد پر درآمد خواهد شد. تعیین روش‌هایی برای کنترل پرداخت در ازای انجام فرایند مادر جایگزین و تبدیل آن به اقدامی نوع دوستانه می‌تواند این نقیصه اخلاقی را سامان دهد.

نتیجه‌گیری: مادر جایگزین به شرط رعایت برخی ضوابط، فرایندی قابل قبول، اخلاقی و نوع دوستانه به منظور ارائه خدمت به زوج‌های نابارور است و برای اطمینان از رعایت این ضوابط، نظارت یک کمیته اخلاق مستقل از تیم درمان ضروری است.

کلید واژگان: مادر جایگزین، اصول اخلاق زیستی، استقلال فردی، سود رسانی، عدم ضرر رسانی، عدالت، ملاحظات اخلاقی، روش‌های کمک باروری.

مسئول مکاتبه: فریبا اصغری (M.D.)، مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، طبقه چهارم، پلاک ۲۱، نیش پورسینا، خیابان شانزده آذر، تهران، ایران.

پست الکترونیک: fasghari@tums.ac.ir

زمینه و هدف

پیشرفت علم و فن‌آوری روز به روز امکان ارائه خدمات بیش‌تری را جهت رفاه جامعه بشری فراهم می‌آورد. ناباروری یکی از حیطه‌هایی است که پیشرفت علم پزشکی و فن‌آوری‌های مربوطه توانسته است امکان پاسخ‌گویی به نیاز انسانها را فراهم آورد. امروزه با استفاده از روش‌های کمک باروری امکان بارور ساختن تقریباً تمام زوجین نابارور وجود دارد. این روشها هرچند در پاسخ به نیازهای انسانی و عاطفی زوجین نابارور ابداع شده‌اند، اما با ظهور خود، مسائل اخلاقی، عاطفی، اجتماعی و حقوقی را پیش کشیده‌اند که بدون پاسخ‌گویی به آنها نمی‌توان امیدوار بود که بتوان آسوده‌خاطر در ترویج استفاده از هر یک از این روشها اقدام نمود و به مثبت بودن پیامدهای آن اطمینان داشت. یکی از این روش‌های کمک باروری که استفاده از آن پیشینه طولانی دارد استفاده از مادر جایگزین است. در روش مادر جایگزین، مادری توافق می‌کند باردار شود تا کودکی را برای دیگری به دنیا آورد (۱). مادر جایگزین به دو دسته کلی مادر جایگزین کامل^۱ که در آن مادر جایگزین ارتباط ژنتیکی با کودک ندارد و مادر جایگزین نسبی^۲ که مادر جایگزین با اهداء تخمک والدۀ ژنتیکی کودک نیز هست، تقسیم می‌شود (۲). آنچه ما در این مقاله به آن می‌پردازیم ارزیابی اخلاقی مادر جایگزین کامل با استفاده از اصول اخلاق زیستی است تا شرایط درست و پذیرفتنی از لحاظ اخلاقی را در این شیوه کمک باروری ترسیم و ارائه نماییم.

شأن انسانی^۳: شأن انسانی منشأ اصل استقلال فردی^۴ از اصول چهارگانه اخلاق زیستی است و چون فراتر از آن است و زیرمجموعه اتونومی قرار نمی‌گیرد آن را به صورت مبحثی مجزا مورد بحث قرار می‌دهیم.

هر یک از ابناء بشر بنا به انسان بودن محق هستند که به شرافت انسانی شان احترام گذاشته شود و آنچنان که کانت قائل است؛ به عنوان هدف غایی در نظر گرفته شوند و از استفاده ابزاری از ایشان پرهیز شود. در این حیطه یکی از نگرانی‌های اخلاقی که از روش مادر جایگزین مطرح می‌شود، استفاده از مادر جایگزین برای شبیه‌سازی سایر افراد یا دستکاری‌های ژنتیکی است. در این موارد بحث استفاده از مادر جایگزین بعنوان محیط آزمایشگاهی جاندار^۵ برای این پژوهشها مطرح می‌شود. با این وجود مسئله شبیه‌سازی^۶ انسان و دستکاری‌های ژنتیکی، خود از چنان مسائل اخلاقی بزرگی برخوردارند که تا زمانی که مجوز اخلاقی انجام آنها وجود ندارد، بحث استفاده از مادر جایگزین برای این موارد هم مطرح نمی‌شود.

بحث دیگری که در خصوص شأن انسانی در مادر جایگزین مطرح می‌شود ترویج استفاده از روش مادر جایگزین برای مقاصد اقتصادی است. بهره‌کشی اقتصادی و کرایه مادر جایگزین یکی از مسائلی است که حفاظت از شأن انسانی مادر جایگزین را مورد تهدید قرار می‌دهد (۳-۱). یکی دیگر از نگرانیها که باعث وارد شدن خدشه به شأن انسانی مادر جایگزین خواهد شد، گسترده شدن استفاده از این روش برای زوج‌هایی است که توانایی بارور شدن دارند اما به لحاظ ملاحظات اجتماعی و عدم تمایل به تحمل زحمت بارداری مایل به بارداری نیستند. این گسترش با ایجاد تقاضای کاذب برای خرید خدمت مادر جایگزین زمینه را برای استثمار زنان فقیر و آسیب پذیر فراهم می‌آورد.

اصل استقلال فردی: براساس این اصل هر فرد واجد اهلیت^۷ تصمیم‌گیری، حق دارد خود برای مسائل شخصی‌اش تصمیم‌گیری کند. سئوالاتی که این حق مطرح می‌سازد این است که آیا تمام افراد برای هر

1- Full surrogacy
2- Partial surrogacy
3- Human dignity
4- Autonomy

5- In vivo
6- Cloning
7- Competency

منظوری حق استفاده از روش مادر جایگزین را دارند؟ آیا ما حق محدود ساختن دسترسی افرادی که مایل به استفاده از آن هستند را داریم؟

نکته‌ای که در موضوع استقلال فردی مطرح می‌شود حق انتخاب زن برای مادر جایگزین بودن است. آیا او به تنهایی، باید تصمیم بگیرد یا حقوق سایر افراد خانواده‌اش نیز در این میان مطرح می‌شود؟ در حقیقت اتونومی مادر در تقابل با عدم اضرار^۱ به سایر اعضای خانواده قرار می‌گیرد. یقیناً آزادی انتخاب در این تصمیم نباید منجر به صدمه به بنیان خانواده وی و اعضای خانواده‌اش شود. همچنین مشارکت همسر در تصمیم‌گیری و نیز اعلام این موضوع به فرزندان (۲) برای حفظ روابط خانوادگی و همراهی با مادر جایگزین در پذیرش این مسئولیت بسیار مهم و مؤثر است؛ به همین لحاظ قوانین کشور انگلستان رضایت همسر مادر جایگزین را در پذیرش این قرارداد ضروری می‌داند (۴). بحث دیگری که از جنبه حق اتونومی، در مادر جایگزین مطرح می‌شود، حق استقلال فردی مادر جایگزین یا والدین طرف قرارداد برای انصراف از قرارداد در حین باروری است. حق مادر جایگزین در سقط جنین، امتناع از مراقبت‌های بارداری، امتناع از غربالگری، عدم رعایت شیوه زندگی ایمن و در نهایت عدم تمایل وی به تحویل کودک به والدین ژنتیکی از مواردی است که باعث نگرانی از نتیجه استفاده از این روش کمک باروری می‌شود. به عبارت دیگر استقلال فردی مادر جایگزین در تعارض با عدم اضرار به غیر و پذیرش مسئولیت قرار می‌گیرد.

آنچه مادر جایگزین را از بارداری معمول متمایز می‌کند ماهیت دو سویه و قراردادی آن است. به عبارتی مادر جایگزین یک قرارداد است که در آن طرفین، داوطلبانه می‌پذیرند که استقلال فردی شان در این موضوع محدود شود (۱،۲) و به لحاظ اخلاقی متعهد می‌شوند که

مسئولیت خود را بپذیرند و به نحو کامل و مطلوب آن را انجام دهند. آنچه ضامن انجام مسئولیت آنها است، تعهد اخلاقی است (۵) که قبل از عقد قرارداد آمادگی آن را کسب می‌نمایند و با عقد قرارداد آن را به طور رسمی اعلام می‌نمایند. از این رو در پذیرش این توافق، همچون هر رضایت آگاهانه دیگر در روند خدمات سلامت، باید شرایط روایی رضایت، لحاظ و رعایت شود.

سه عنصر مهم در رضایت آگاهانه، اهلیت، آگاهی و آزادی است. مورد اول با فرض اینکه مادر جایگزین تنها در افراد بالغ و واجد اهلیت انجام خواهد شد، حذف می‌شود اما دو موضوع مهم دیگر در روایی این توافق یعنی آگاهانه و آزادانه بودن باید مورد توجه قرار گیرد. شرط آگاهی حکم می‌کند که طرفین این قرارداد از تمام اطلاعاتی که ممکن است در تصمیم‌گیری‌شان مؤثر باشد، آگاهی یابند: تمام مراحل بررسیها، اقدامات و مراقبتها، عوارض، احتمال به دنیا آمدن کودکی با ناتوانی یا نقص مادرزادی، گزینه‌های دیگر برای داشتن فرزند، جوانب عاطفی، ملاحظات اجتماعی، موازین حقوقی و مسئولیت‌هایی که می‌پذیرند، همگی باید به طور شفاف و به زبان قابل فهم به ایشان ارائه شود (۳،۴). بنا به احتمال تأثیر تعارض منافع تیم درمانی که از این شیوه درآمد و اعتبار کسب می‌کنند، بهتر است امکان استفاده از مشاوره و دریافت اطلاعات را از فردی مستقل از تیم درمان فراهم آورد (۲،۴). همچنین باید به طرفین فرصت کافی برای تصمیم‌گیری داده شود.

شرط دیگر روایی رضایت آگاهانه در این توافق، آزادی مادر جایگزین در انتخاب و پذیرش این مسئولیت است. بستگان نزدیک والدین نابارور، به‌خصوص مادر یا خواهر خانم ممکن است دچار احساس اجبار اخلاقی شوند که خود را ناگزیر از پذیرش بارداری جایگزین برای کمک به ایشان بدانند (۲،۶). همچنین پیشنهاد منافع مالی قابل توجه می‌تواند باعث شود مادر جایگزین علی‌رغم مصالح خود به این روش تن دهد. به این

1- Non-maleficence

منظور نظارت کمیته اخلاق که به مسائل اخلاقی روش‌های کمک باروری آشنا بوده و مستقل از تیم درمان باشد، می‌تواند به میزان قابل توجهی در اطمینان از ارائه اطلاعات کافی و عدم اجبار در انتخاب این شیوه کمک کننده باشد. کمیته اخلاق موظف است اطمینان یابد که پرداخت‌های مالی چیزی فراتر از جبران هزینه‌های درمان و مراقبت و از کارافتادگی نبوده و برای شرکت در این قرارداد و سوسه‌انگیز نباشد (۴).

تجربه بارداری و داشتن فرزند می‌تواند درک بهتری از مشکلات بارداری و وابستگی عاطفی با کودک به وجود آورد (۲) و بر این اساس برخی کشورها از قبیل انگلستان و سنگاپور سابقه بارداری و داشتن فرزند را از شروط لازم برای مادر جایگزین می‌دانند (۴،۷).

اصل سود رسانی^۱: ایجاد شیوه کمک باروری مادر جایگزین با هدف سود رسانی به زوجین ناباروری است که مایلند فرزند با منشاء بیولوژیک خود را داشته باشند. از آنجا که درمان ناباروری سود رسانی پزشکی محسوب می‌شود، این شیوه برای کمک به زوجین نابارور یک تکنیک سود رسان قلمداد می‌گردد. بعلاوه، شانس موفقیت و بارداری به این شیوه رضایت بخش و قابل قیاس با شیوه بارداری به روش IVF است (۲).

سود رسانی در پزشکی همیشه در ملازمت با عدم ضرر رسانی مطرح می‌شود و باید تعادل این دو با یکدیگر سنجیده شود. چه ضرر به زوجینی که از این شیوه سود می‌برند و چه ضرر به سایر ذینفعان. به‌عنوان مثال آیا مجاز به سود رسانی به زوجین نابارور معتاد، پیر یا ناتوان در پرورش کودک هستیم یا نه؟ در این موارد اصل سود رسانی به والدین در تعامل با عدم ضرر رسانی به کودک مطرح می‌شود. هرچند اصل احترام به استقلال فردی افراد ما را از مداخله در بارداری افراد با ناتوانی جسمی یا روحی باز می‌دارد، اما آیا دلیل قطعی برای مداخله و کمک به تولد کودکان

در چنین خانواده‌هایی که بیم آسیب به کودک در آنها می‌رود را فراهم می‌آورد؟ از آنجا که وظیفه بدیهی خدمات سلامتی عدم ضرر رسانی است، در مواردی که دلیل جدی برای امکان ضرر به کودک وجود دارد، به نظر می‌رسد می‌توان از ارائه خدمت کمک باروری به چنین زوج‌هایی خودداری نمود (۱).

اصل عدم اضرار: در این بخش عدم ضرر رسانی به کودک و مادر جایگزین مطرح می‌شود. توجه به عدم صدمه به کودک، لزوم انجام مراقبت‌های مناسب حین بارداری، غربالگری‌های پیش از بارداری مادر جایگزین و والدین ژنتیکی از نظر آلودگی به هپاتیت و HIV و نیز تعیین مرز حداکثر سن برای پدر و مادر ژنتیکی را پیش می‌کشد (۴،۲). از لحاظ آسیب عاطفی مطالعات انجام یافته هر چند محدود و در مدت کوتاهی انجام شده‌اند اما نتایج مطلوبی از عدم تأثیر عاطفی نامطلوب بر کودکان را نشان داده‌اند (۴،۸). با این وجود انجام ارزیابی‌های بلند مدت عاطفی کودکان برای اطمینان از بی‌خطر بودن این شیوه لازم است (۲،۹).

برای اطمینان از اینکه بارداری برای مادر جایگزین آسیبی ایجاد نخواهد کرد نیز باید سلامت جسمی وی برای پذیرش رویان بررسی شود و آمادگی روحی وی نیز برای این فرآیند بررسی شود. هرچند مطالعات تاییدکننده افزایش بروز مشکلات روحی برای مادر جایگزین نبوده‌اند (۱۰،۱۱)، مشاوره روانپزشکی در حین و پس از بارداری باید در دسترس آنها باشد (۶،۱۱،۱۲). از سوی دیگر غربالگری والدین ژنتیکی از نظر آلودگی به هپاتیت B، C و HIV برای حفاظت از آلوده شدن مادر جایگزین لازم است (۲،۴،۱۳). همچنین در راهنمای اخلاق ESHRE^۲ برای حفاظت از ایمنی جان کودک و مادر جایگزین تأکید شده است که باید تنها یک رویان به رحم مادر انتقال یابد و تنها در موارد استثنایی می‌توان انتقال دو رویان را لحاظ نمود (۲).

2- European Society of Human Reproduction and Embryology

1- Beneficence

پردرآمد است (۱۴). همانگونه که پیشتر اشاره شد، حضور بنگاهها و دلان مادر جایگزین می‌تواند این بهره‌کشی را تشدید نماید (۱۵). بنابراین باید تنها مادر جایگزین نوع‌دوستانه ترویج گردد و پرداخت مالی به مادر جایگزین باید به حدی باشد که بتوان آن را جبران وقت، زحمات، هزینه‌ها و از کارافتادگی دانست و در ضمن برای پذیرش این مسئولیت اغوا کننده نیز نباشد (۲،۱۳،۱۶).

نتیجه‌گیری

در مجموع با بررسی مادر جایگزین از دیدگاه اصول اخلاق زیستی می‌توان آن را اقدامی انسان‌دوستانه و اخلاقی دانست مشروط بر آن‌که: محدود به زوجین نابارور گردد و آخرین اقدام ممکن برای کمک به داشتن فرزند از منشاء بیولوژیک خود برای ایشان باشد (۲،۴). در این فرآیند نهایت تلاش برای ایجاد مسئولیت‌پذیری در طرفین (مادر جایگزین و والدین ژنتیکی) مبذول گردد و برای این منظور: مشاوره مستقل و کامل برای ارائه تمامی اطلاعات و ملاحظات مربوطه به طرفین فراهم شود. ارزیابی دقیق آمادگی جسمی و عاطفی مادر جایگزین انجام شود. ارزیابی سلامت و غربالگری‌های لازم برای کاستن از خطر صدمه به مادر و جنین صورت گیرد. پرداخت در ازای انجام فرآیند مادر جایگزین کنترل گردد و این فرآیند به شکل اقدامی انسان‌دوستانه انجام شود. تنها کلینیک‌های واجد مجوز و تحت کنترل مجاز به ارائه این خدمت باشند. کمیته اخلاق مستقل از تیم درمان و آشنا به مسائل اخلاقی روش‌های کمک باروری نظارت بر رعایت این ضوابط را انجام دهد.

جنبه مهم دیگری که در پیشگیری از ضرر رسانی به کودک مطرح است و باید به آن توجه نمود، هویت کودک به دنیا آمده با استفاده از این روش است. به دلیل عدم مقبولیت و پذیرش اجتماعی خانواده‌های غیر مرسوم مانند خانواده‌های تک والد و برای اجتناب از صدمه روحی به کودک، باید اجازه تولد وی در یک خانواده کامل داده شود و از مادر جایگزین برای اهدای کودک به افراد بدون زوج یا زوج اجتناب شود.

اصل عدالت: درمان ناباروری پرهزینه است و از سوی دیگر این بیماری از لحاظ بار^۱ بیماری در رتبه پایینی در میان سایر بیماریها قرار دارد و منطقی است که بودجه بسیار محدود بهداشت و درمان صرف بیماری‌هایی شود که بار بیشتری را بر جامعه تحمیل می‌کنند. با این وجود نمی‌توان ارائه سود بیشتر برای افراد بیشتر را همیشه عادلانه دانست زیرا در این میان حقوق اقلیت مبتلا به بیماری‌هایی که در ایجاد آن نقشی نداشته‌اند، نادیده گرفته می‌شود. این موضوع در مورد لزوم اختصاص بخشی از بودجه عمومی برای حمایت و مراقبت از معلولان و ناتوان‌های جسمی یا ذهنی نیز با همین دلیل مطرح است. با این وجود برای تعیین میزان مشارکت بودجه دولتی در فراهم آوردن این خدمات، معیار مشخصی وجود ندارد. میزان ناتوانی و افت کیفیت زندگی در ناباروری در قیاس با بسیاری بیماریها ضعیف و ناچیز است و لذا ممکن است سیستم سلامت آن را شایسته تخصیص منابع عمومی نداند. قدر مسلم اینکه در صورت تخصیص منابع عمومی، میزان و دلیل آن باید شفاف باشد تا امکان نقد آن توسط افکار عمومی وجود داشته باشد. همچنین باید به شکلی مورد استفاده قرار گیرد که تنها باعث بهبود دسترسی اقشار پردرآمد به این خدمات نشود.

بحث دیگر عدالت در مادر جایگزین، پرهیز از استثمار زنان کم درآمد و فقیر به نفع خدمت‌رسانی به افراد

1- Burden of disease

References

- 1- Nosarka S, Kruger TF. Surrogate motherhood. *S Afr Med J*. 2005;95(12):942-6.
- 2- Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, de Wert G, Tarlatzis B. ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: surrogacy. *Hum Reprod*. 2005;20(10):2705-7.
- 3- Committee on Ethics. ACOG committee opinion number 397, February 2008: surrogate motherhood. *Obstet Gynecol*. 2008;111(2 Pt 1):465-70.
- 4- Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update*. 2003;9(5):483-91.
- 5- Van ZL, Van NA. Interpretations, perspectives and intentions in surrogate motherhood. *J Med Ethics*. 2000;26(5):404-9.
- 6- Reilly DR. Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers. *CMAJ*. 2007;176(4):483-5.
- 7- Heng BC. Proposed ethical guidelines and legislative framework for permitting gestational surrogacy in Singapore. *RBM Online*. 2007;15 Suppl 1:7-11.
- 8- Golombok S, Murray C, Jadva V, Lycett E, MacCallum F, Rust J. Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Hum Reprod*. 2006;21(7):1918-24.
- 9- MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadva V, Golombok S. Surrogacy: the experience of commissioning couples. *Hum Reprod*. 2003;18(6):1334-42.
- 10- Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Hum Reprod*. 2003;18(10):2196-204.
- 11- Van den Akker OB. Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Hum Reprod Update*. 2007;13(1):53-62.
- 12- Van den Akker OB. Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Hum Reprod*. 2007;22(8):2287-95.
- 13- Benshushan A, Schenker JG. Legitimizing surrogacy in Israel. *Hum Reprod*. 1997;12(8):1832-4.
- 14- Ber R. Ethical issues in gestational surrogacy. *Theor Med Bioeth*. 2000;21(2):153-69.
- 15- Drabiak K, Wegner C, Fredland V, Helft PR. Ethics, law, and commercial surrogacy: a call for uniformity. *J Law Med Ethics*. 2007;35(2):300-9.
- 16- Steinbock B. Payment for egg donation and surrogacy. *Mt Sinai J Med*. 2004;71(4):255-65.