

بررسی نگرش اهداء کنندگان و گیرندگان تخمک به مسائل اخلاقی آن

فاطمه رمضان زاده (M.D.)^۱، فدیة حق الهی (M.Sc.)^۱، مریم باقری (M.Sc.)^۱، معصومه معصومی (B.Sc.)^۱، نسرين عابدی نیا (M.Sc.)^۱، مینا جعفر آبادی (M.D.)^۱

۱- مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: عدم آگاهی اهداء کنندگان و گیرندگان از مسائل اخلاقی و حقوقی آن، می تواند اثرات جبران ناپذیر بر آینده کودکان حاصل از این روش درمانی، داشته باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی نگرش در دو گروه گیرندگان و دهندگان تخمک انجام شد تا با توجه به تمایلات و اعتقادات این گروه درمانی با برنامه ریزی بهتر، موجب بهبود اثرات اجتماعی و اخلاقی اهداء تخمک باشیم.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی، ۵۲ اهداء کننده و ۵۳ گیرنده تخمک مراجعه کننده به مرکز بهداشت باروری ولیعصر (عج) بودند در صورت تمایل و رضایت آنان توسط پرسشگر، پرسشنامه طراحی شده ODQ در دو گروه گیرنده و دهنده تخمک و در دو بخش سئوالات دموگرافیک و نظرسنجی، تکمیل گردید. داده ها به صورت فراوانی و درصد گزارش شد.

نتایج: ۴۷/۳٪ از گیرندگان و ۴۰/۴٪ از اهداء کنندگان تخمک، موافق رازداری و محرمانه بودن این روند درمانی به صورت ناشناخته بودن فرد گیرنده و دهنده نسبت به هم بودند. ۹۴/۲۱٪ از گیرندگان و ۵۶/۹٪ از اهداء کنندگان تخمک، موافق دادن پاداش به اهداء کنندگان و ۶۴٪ از گیرندگان و ۳۰٪ از اهداء کنندگان مخالف آگاه نمودن فرزند از روند اهدای تخمک هستند.

نتیجه گیری: در فرایند اهداء تخمک، بایستی ابعاد حقوقی، قانونی و اخلاقی براساس دستورالعملها و قوانین، مدون و مشخص شده و با انجام جلسات مشاوره ابعاد دقیق قانونی، احکام شرعی و عوارض پزشکی آن برای دهندگان و گیرندگان پیش از انجام اقدامات درمانی کاملاً بیان شود. جهت تعمیم نتایج، مطالعه وسیعتری در زمینه موارد مربوط با محرمانه بودن فرآیند مطابق نظر اهداء کنندگان و گیرندگان انجام گردد.

کلید واژگان: اهدای تخمک، اهدای گامت، دریافت تخمک، گیرندگان تخمک، ناباروری زنان، یائسگی زودرس.

مسئول مکاتبه: فدیة حق الهی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج)، مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، انتهای بلوار کشاورز، تهران، ایران.

پست الکترونیک: fedyeh_hagh@yahoo.com

دریافت: ۸۷/۹/۹ پذیرش: ۸۷/۱۲/۱۸

زمینه و هدف

پیشرفت‌های حاصل در زمینه فن‌آوری‌های پزشکی، راه‌های جدیدی را برای بارداری و امکان داشتن فرزند پیش روی افرادی گذارده است که به دلایل مختلفی از داشتن فرزند محروم بوده‌اند. یکی از روش‌هایی که امروزه مقبولیت زیادی یافته، استفاده از تخمک اهدایی است. روش اهداء تخمک، پاسخ به مشکلات زنانی است که دچار بیماری‌هایی از قبیل نارسایی زودرس تخمدان، اختلال در کیفیت تخمکها، از دست دادن تخمدانها، دیسژنزی تخمدانها^۱ و یا سن بالا و تقاضای بارداری پس از یائسگی می‌باشند. تخمک اهدایی، موجب تولد نوزادی می‌شود که از نظر ژنتیکی متعلق به زوج گیرنده تخمک نمی‌باشد (۱،۲).

با افزایش متقاضیان درمان به روش تخمک اهدایی، بسیاری از مراکز درمان ناباروری در کشورهای مختلف سیکل‌های درمان ناباروری با استفاده از این روش را جزو برنامه‌های معمولی خود قرار داده‌اند. در این راستا علمای مذاهب مختلف، دیدگاه‌ها و نگرش‌های متفاوتی ارائه نموده‌اند. با بررسی این دیدگاه‌ها می‌توان علاوه بر ارزیابی سطح آگاهی افراد در مورد برنامه‌های اهداء تخمک، به نقاط ضعف و قوت اجرای این برنامه در جامعه مورد نظر پی برد تا بتوان برای ارتقای کیفی برنامه اهداء تخمک تلاش کرد. در اکثر کشورهای اسلامی نیز اهداء اسپرم، تخمک و جنین صورت نمی‌پذیرد و تعداد محدودی گزارش در مورد دیدگاه افراد عادی کشورهای اسلامی منتشر شده است؛ ولی در ایران براساس قانون و با نظر برخی از مراجع عظام با شرایط خاص اهداء تخمک مجاز شمرده شده است (۱). طبق گزارش Isikoglu و همکاران در مطالعه‌ای توصیفی، مسلمانان ترکیه موافق اجرای برنامه اهداء تخمک جهت افراد نابارورند، گرچه علمای آنان مخالف اجرای این برنامه در این کشور هستند. آنان توصیه

نموده‌اند که با انعکاس دیدگاه افراد عادی جامعه، احتمالاً در آینده بتوانند قوانین مربوط به این روش درمانی را در آن کشور تغییر دهند (۲). مطالعات متعددی در بسیاری از کشورهای جهان در مورد مسائل اخلاقی اهداء تخمک انجام شده است. در این میان مباحث اخلاقی متعددی قابل بحث است که از جمله آنها مسئله پرداخت هزینه به فرد دهنده تخمک و گمنام ماندن فرد اهداء کننده برای گیرندگان و نوزاد متولد شده، مسئله حقوقی- قانونی وراثتی نوزاد از مادر ژنتیکی و ... می‌باشد.

با توجه به آنکه روند اهداء تخمک یک روند نسبتاً تهاجمی است و به طور کلی منفعت درمانی خاصی برای دهنده آن ندارد، مشکلات اخلاقی و قانونی بیشتری را به دنبال دارد (۳)؛ لذا مسئله ارائه اطلاعات کامل به اهداء کنندگان، یکی از مراحل اصلی اهداء می‌باشد. فرآیند تحریک تخمدان می‌تواند موجب بروز علائم پیش قاعدگی و یا سندرم تحریک بیش از حد تخمدان (OHSS)^۲ گردد. تخمکها معمولاً با هدایت سونوگرافی و عبور یک سوزن از جداره واژن^۳ دریافت می‌شوند که ممکن است موجب درد، عفونت و خونریزی گردد. همچنین، اهداء کننده تخمک با مسائل روحی متفاوتی چون عدم پذیرفته شدن به عنوان اهداء کننده به علت داشتن سابقه خانوادگی بیماری یا مشخص شدن یک بیماری ناشناخته، برخورد خواهد کرد (۴).

از جمله مباحث اخلاقی قابل بحث، مسئله پرداخت وجه مالی در ازای اهداء تخمک است. در واقع باید به این نکته توجه داشت که اهداء تخمک فرآیندی تهاجمی و مداخله‌ای است و ممکن است به اهداء کننده صدمه برساند و در این فرآیند کیفیت رضایت اهداء کننده دارای اهمیت زیادی می‌باشد؛ بطوری که وجود محرک مالی می‌تواند موجب شود که رضایت آگاهانه و آزادانه‌ای از اهداء کننده گرفته نشود و از طرف دیگر،

2- Ovarian Hyperstimulation Syndrome

3- Transvaginal

1- Gonadal dysgenesis

در این مطالعه شرکت نمایند؛ که در صورت تمایل، پرسشنامه در اختیار آنها قرار داده می‌شد. پرسشنامه بر اساس پرسشنامه ODQ¹ (۶) در دو بخش سئوالات دموگرافیک و نظرسنجی طراحی شد که حاوی ۲۲ سؤال مشتمل بر سئوالات دموگرافیک و نظر سنجی سه گزینه‌ای (مخالف، موافق و بی‌نظر) بود. اطلاعات پرسشنامه ODQ با مصاحبه پرسشگر، جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS 11.5 ثبت شد و داده‌ها به صورت فراوانی و درصد گزارش گردید.

نتایج

در اهداءکنندگان تخمک، اکثریت (۹۴/۳٪) افراد دارای تحصیلات غیردانشگاهی و درصد بیشتری (۶۸٪) متأهل بودند و از دلایل اهداء تخمک، می‌توان به مواردی چون کمک به افراد نابارور (۹۸٪)، مشکلات مالی و گرفتن پاداش از سوی گیرندگان (۵۷٪)، اعتقادات مذهبی و اخلاقی (۵۵/۸٪) و توصیه زنان نابارور (۵۰٪) اشاره نمود.

۴/۴۰٪ از اهداءکنندگان، موافق با رازداری و محرمانه بودن فرآیند اهداء تخمک (به صورت ناشناخته بودن فرد گیرنده و دهنده نسبت به هم) و ۵۱/۹٪ مخالف این روند بودند. همچنین در این گروه، ۴۸٪ موافق با برقراری ارتباط خانوادگی با گیرنده تخمک بودند و ۵۱٪ از آنان، دوست داشتند که بچه متولد شده را ببینند.

در خصوص ارائه اطلاعات به فرزند متولد شده، درصد بیشتری از این گروه (۵۳/۸٪)، مخالف آشنا نمودن فرزند از راه‌های القاء باروری بودند. همچنین درصد بیشتری (۵۹/۶٪) مخالف شناخته شدن والدین ژنتیکی برای فرزند بودند. اکثریت (۶۹/۳٪) خود را والدین اصلی می‌دانستند و ۴۴/۳٪ از اهداءکنندگان، خواستار شناساندن خواهر و برادر ژنتیکی به فرزند متولد شده

پرداخت وجه در ازای اهداء می‌تواند به طور اساسی موجب تغییر حالت رابطه اهداء کننده با فرآیند درمان شود و فرزندان پدید آمده، ممکن است از اینکه پدید آمدن آنها در ازاء پرداخت پول بوده، دچار مشکل روحی شوند (۵).

همچنین در مراحل درمان، بیشترین مسئله اضطراب‌آور برای گیرندگان، مواردی همچون تأخیر درمان، خصوصیات اهداء کننده و چگونگی تخصیص تخمک می‌باشد (۵).

از طرف دیگر شرایط روحی و اجتماعی زوج‌های نابارور موجب می‌شود که آنها بدون داشتن اطلاعات مناسب در مورد روش‌های جدید کمک باروری و بدون توجه به عوارض اخلاقی، اجتماعی و حقوقی آنها با استفاده از این روشها صاحب فرزند شوند؛ این در حالی است که فرزند حاصل از این اهداء، ممکن است دچار چالش‌های روحی متعددی در آینده شود. یکی از مهمترین چالش‌های روحی برای اینگونه فرزندان، حق اساسی انسان در شناخت هویت و اصالت خویش است و این مورد می‌تواند نقش اساسی در زندگی آینده وی داشته باشد. با توجه به موارد ذکر شده، سنجش نگرش زوج‌های نابارور و اهداء کنندگان تخمک نسبت به مسائل اخلاقی و حقوقی آن، می‌تواند به برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران گروه پزشکی در جهت ارزیابی وضعیت موجود و بهبود شرایط یاری رسانده؛ ضرورت تدوین قانونی مناسب و جامع جهت رفع مشکلات حقوقی احتمالی را به قانونگذاران یادآوری نماید.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که جمعیت مورد مطالعه آن، ۵۲ زن اهداءکننده و ۵۳ زن گیرنده تخمک مراجعه‌کننده به مرکز باروری ولیعصر (عج) در سال ۸۷-۱۳۸۶ بودند. پس از مراجعه افراد به مرکز درمانی، توسط پرسشگر از آنها دعوت به عمل آمد تا

1- Oocyte Donation Questionnaire

سؤال	گیرنده تخمک			اهداء کننده تخمک		
	مخالف	بی نظر	موافق	مخالف	بی نظر	موافق
رازداری و محرمانه بودن (به صورت ناشناخته بودن فرد گیرنده و دهنده نسبت به هم)	۲۴ (۴۵/۲)	۴ (۷/۵)	۲۵ (۴۷/۳)	۲۷ (۵۱/۹)	۴ (۷/۷)	۲۱ (۴۰/۴)
نظر به واقعی بودن والدین (در دو گروه اهدا کننده و گیرنده تخمک)	۱۰ (۱۸/۹)	۶ (۱۱/۳)	۳۷ (۶۹/۸)	۳۶ (۶۹/۳)	۵ (۹/۶)	۱۱ (۲۱/۱)
عدم شناخته شدن والدین واقعی برای فرزند	۱۵ (۲۸/۳)	۴ (۷/۵)	۲۴ (۶۴/۲)	۳۱ (۵۹/۶)	۵ (۹/۶)	۱۶ (۳۰/۷)
فرزند حاصل از اهداء تخمک نباید متوجه شود که او حاصل از تخمک اهدایی است.	۱۲ (۲۳/۵)	۴ (۷/۸)	۳۵ (۶۸/۷)	۱۸ (۳۴/۶)	۶ (۱۱/۵)	۲۸ (۵۳/۸)
ناشناخته بودن شخص دهنده تخمک	۲۳ (۴۶)	۱۶ (۱۲)	۲۱ (۴۲)	۲۶ (۵۰)	۵ (۹/۶)	۲۱ (۴۰/۴)
آیا به نظر شما مشاوره با متخصص برای اهداء کننده و گیرنده تخمک الزامی است؟	۱ (۱/۹)	۰ (۰)	۵۱ (۹۸/۱)	۱ (۲)	۰ (۰)	۵۰ (۹۸)
کودک بدنیا آمده حق و حقوق ارث یک فرزند واقعی را دارد	۱۲ (۲۳/۱)	۲ (۳/۸)	۳۸ (۷۳/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
ناچارم این روش درمانی را به عنوان آخرین راه بپذیرم	۶ (۱۱/۳)	۵ (۹/۵)	۴۲ (۷۹/۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
از نظر اعتقادات مذهبی و اخلاقی این کار مورد تأیید من است	۲۱ (۷۶)	۷ (۱۴)	۴ (۸)	۲۵ (۲۸/۸)	۸ (۱۵/۴)	۲۹ (۵۵/۸)
پاداش برای فرد دهنده تخمک	۱ (۱/۹)	۲ (۳/۸)	۴۹ (۹۴/۲)	۱۷ (۳۳/۳)	۵ (۹/۸)	۲۹ (۵۶/۹)
کودک نیازی ندارد از نحوه بدنیا آمدن خودش اطلاع یابد	۹ (۱۷/۳)	۶ (۱۱/۵)	۳۷ (۷۱/۲)	۲۸ (۵۳/۸)	۶ (۱۱/۵)	۱۸ (۳۴/۶)
کودک متولد شده خواهر یا برادر ژنتیکی خود را بشناسد	۳۲ (۶۰/۴)	۴ (۷/۵)	۱۷ (۳۲/۱)	۲۳ (۴۴/۲)	۶ (۱۱/۵)	۲۳ (۴۴/۳)
نوع دوستی عمل اهداء تخمک	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱/۹)	۵۱ (۹۸)
موافق ایجاد روابط فامیلی با گیرنده تخمک	۳۷ (۶۹/۸)	۰ (۰)	۱۶ (۳۰/۲)	۲۵ (۴۸/۱)	۲ (۳/۸)	۲۵ (۴۸/۱)
رضایت از دهنده بودن تخمک	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۳ (۵/۸)	۷ (۱۳/۵)	۴۲ (۸۰/۸)

برای کودک متولد شده قائل بود و ۹۴/۲٪ با دادن پاداش به فرد دهنده تخمک موافق بودند (جدول ۱).

بحث

فن آوری‌های پیشرفته درمان ناباروری به سرعت در مناطق مختلف دنیا به ویژه در جهان اسلام رو به گسترش است و اهداء تخمک یکی از روش‌هایی است که باعث درمان بسیاری از زوج‌های نابارور گشته است. یکی از موارد قابل بحث، انگیزه‌های اهدا کنندگان شرکت در این فرایند درمانی است؛ به طور کلی روند اهداء هیچ منفعت درمانی برای اهداء کننده ندارد، اما منافع درمانی مستقیم و غیر مستقیمی برای وی به همراه خواهد داشت. منفعت غیر درمانی مستقیم، پاداش مالی است که ممکن است اهداء کننده دریافت کند و منفعت غیر مستقیم نیز تأمین حس نوع دوستی اهداء کننده است (۷). در مطالعه Baetens و همکاران، نوع ارتباط فرد دهنده با زوجین گیرنده، در تعیین انگیزه آنها برای شرکت در این روند درمانی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند؛ به طوری که در صورت وجود روابط شخصی و عاطفی

بودند. اکثریت (۸۰/۸٪) اهداء کنندگان تخمک، از عمل اهداء رضایت داشتند.

در گیرندگان تخمک، ۵۷٪ درصد از افراد دارای تحصیلات غیردانشگاهی بوده و در ۸۵٪ نمونه‌ها، علت گیرنده بودن آنان، نارسایی زودرس تخمدان (POF) بود. ۶۹/۸٪ از این گروه ارتباط فامیلی با شخص اهداء کننده تخمک نداشتند. همچنین اکثریت (۷۹/۲٪)، این روش را به عنوان آخرین راه درمانی دانسته و مورد تأیید اخلاقی و مذهبی خود نمی‌دانستند.

۴۷/۳٪ موافق رازداری و محرمانه بودن این فرآیند درمانی بودند و ۴۵/۲٪ مخالف این روند بودند. همچنین ۶۴/۲٪، مخالف شناخته شدن والدین ژنتیکی برای فرزند بودند.

۶۹/۸٪ خود را والدین واقعی کودک می‌دانستند و اکثریت گیرندگان تخمک (۷۱/۲٪) مخالف آشنا نمودن فرزند از روش‌های القاء باروری بودند و درصد بیشتری (۶۰/۴٪) از این گروه، مخالف شناساندن خواهر و برادر (از والدین ژنتیکی) به فرزند بودند.

۷۳/۱٪ از گیرندگان تخمک، حق و حقوق ارث از خود را

مالی به اهداء کنندگان را از اصلی‌ترین انگیزه‌های اهداء کنندگان محسوب نمود (۱۳)؛ در حالیکه در اروپا به علت ممنوعیت ارائه پاداش مالی در ازای اهداء، اغلب تنها انگیزه اهداء کنندگان نوع دوستی بوده است (۱۳).

بهجتی اردکانی و همکاران در مطالعه مروری در این ارتباط، به پرداخت هزینه‌های مربوط به رفت و آمد، صرف وقت، هزینه دارویی و پزشکی اشاره می‌نماید (۱۴). لذا باید برنامه‌های اهداء تخمک به نحوی طرح‌ریزی شوند که به فرد دهنده اطمینان لازم برای جبران تمامی هزینه‌های احتمالی مادی و معنوی داده شده را فراهم نماید و در صورت ایجاد هرگونه استرسی در طی انجام فرآیند اهداء، دهندگان از نظر روانی تحت حمایت قرار گیرند. مقدار در نظر گرفته شده نیز طوری انتخاب شود که احتمال تحریک بیش از حد و سوء استفاده به حداقل میزان ممکن برسد (۱۴، ۱۵)؛ لذا برنامه‌ریزی و تعریف قانونی روابط مالی بین فرد اهداء کننده و گیرنده تخمک نیز در جهت جلوگیری از هرگونه سوء استفاده‌ای راهگشا خواهد بود.

در زمینه رازداری، موضوع اهداء تخمک به طور کلی مسائل و مشکلات اخلاقی متعددی را پیش روی پزشکان و کادر درمانی قرار داده است. در حال حاضر قانون رسمی در اکثر کشورهای جهان مبتنی بر استفاده از روش اهداء ناشناخته است (۱۶).

نتایج این مطالعه در اهداء کنندگان، نشان داد که نیمی از افراد موافق رازداری به صورت ناشناخته بودن فرد گیرنده و دهنده نسبت بهم نمی‌باشند، این افراد همچنین تمایل به برقراری ارتباط خانوادگی با جنین و دیدن بچه متولد شده را دارند. همچنین کمتر از نیمی از گیرندگان تخمک، موافق رازداری و محرمانه بودن این فرآیند درمانی بوده و کمتر از نیمی از موارد نیز در گیرندگان و اهداء کنندگان تخمک، خواهان ناشناخته بودن فرد دهنده تخمک بودند. به نظر می‌رسد که درصد کمتری از نمونه‌های این پژوهش موافق با عدم شناخته شدن

بین دهنده و گیرنده، انگیزه اصلی فرد دهنده وابستگی، اما در دهندگانی که هیچ نوع شناختی از زوجین گیرنده نداشتند، دلایل انسان دوستانه مطرح بود (۸). در مطالعه حاضر نیز با توجه به عدم وجود ارتباط فامیلی و آشنایی در اکثریت دو گروه گیرنده و اهداءکننده، مهم‌ترین انگیزه عمل اهداء تخمک، کمک به افراد نابارور بوده است که در این میان شاید بتوان به عدم انجام مشاوره کامل و دقیق قبل از اهداء اشاره نمود؛ به طوری که ممکن است شخص اهداءکننده از مراحل درمانی و عوارض احتمالی این عمل چندان آگاه نباشد.

در ارتباط با پاداش در قبالت اهداء تخمک، در مطالعه حاضر، بیش از نیمی از اهداءکنندگان (تقریباً ۶۰٪) موافق گرفتن پاداش بودند و تقریباً همه گیرندگان، موافق دادن پاداش به فرد دهنده تخمک بودند؛ این در حالی است که قانون اهداء تخمک در فرانسه مبتنی بر ایمنی، بهداشت، رضایت اهداء کننده، رایگان بودن و بی‌نام بودن می‌باشد (۹). در مطالعه McLaughlin و همکاران که بر روی دهندگان گامت انجام شد، افراد به دو نوع انگیزه مالی و نوع دوستی اشاره داشته‌اند؛ در این تحقیق، با وجود انگیزه‌های نوع‌دوستانه در اهداء تخمک به بستگان و دوستان، اکثر آنها می‌گفتند که بدون پرداخت مالی، به افراد ناشناس، تخمک اهداء نخواهند کرد. (۱۰).

در مطالعه Bromwich، دهندگان تقاضای جبران ساعات کاری از دست داده شده، هزینه‌های رفت و آمد و هزینه‌های روزانه زندگی را دارند؛ علاوه بر آن معتقدند که عادلانه است که مبلغ قابل توجهی که بتواند جوابگوی رنجها و سختیها و خطرات پزشکی وارد شده باشد، به آنها پرداخت شود (۱۱). اکثر کشورهای اروپایی، مخالف این مسئله‌اند و پرداخت مالی را باعث خطرات بیشتر برای دهندگان و گیرندگان و مخفی نگه‌داشتن بعضی از اطلاعات می‌دانند (۱۲).

مطالعه Partrick و همکاران در آمریکا، ارائه پاداش

کودک و والد مطرح می‌کنند که ممکن است برای خود کودک یا اطرافیان سؤال برانگیز شود و والدین را مجبور به افشای راز اهداء برای کودک نماید (۸).

در مطالعه کیفی عباسی شوازی و همکاران، برخی از زنان نابارور، نگران سلامتی و همچنین خصوصیات فردی فرزند متولد شده با روش اهداء تخمک بودند (۱۹).

نتایج تا حدی متفاوت مطالعه حاضر با سایر مطالعات را شاید بتوان به عدم وجود بانک اطلاعاتی اهداء کنندگان در مراکز ناباروری ایران نسبت داد؛ چرا که گیرندگان تخمک بدون دسترسی به اطلاعات کافی از اهداءکنندگان، مشکلات و نگرانی‌هایی را خواهند داشت.

به هر حال در زمینه روش‌های متفاوت شناخته شده یا ناشناس بودن اهداء کننده و افشاء یا عدم افشای راز اهداء برای کودک و دیگران، نظریات متفاوتی ارائه شده است. اما می‌بایست تدابیری در نظر گرفته شود تا از طریق آن از ازدواج افراد متولد شده با ریشه‌های ژنتیکی خویش ممانعت به عمل آید که وجود بانک اطلاعاتی جامع، ضروری به نظر می‌رسد؛ لذا پیشنهاد می‌شود مراکزی با سیاست اهداء کننده ناشناس، لیستی از اهداءکنندگان را با مشخصات کامل فنوتیپی و موقعیت اجتماعی و فرهنگی و اعتقادی به انضمام گروه خونی آنان در اختیار دریافت‌کنندگان قرار دهند و پس از پذیرش قطعی اهداءکننده از نظر سلامت، فایل اطلاعاتی مشخصات به گونه‌ای که تعیین هویت و ردیابی وی امکان‌پذیر نباشد، در فهرست اطلاعات بانک اهداء تخمک و جنین قرار گیرد (۱۴). خصوصیات گیرنده با دریافت‌کننده شامل مشخصات فنوتیپی زوجین نظیر قد، وزن، رنگ پوست، چشم، مو، براساس درخواست دریافت‌کننده تطبیق داده شود. در بسیاری از موارد دریافت‌کنندگان علاقه‌مند به طرح موارد خاصی از مشخصات اهداء کننده نظیر اعتقادات، سطح فرهنگی - اجتماعی، ضریب هوشی و تحصیلات هستند

گیرنده و دهنده تخمک نسبت بهم می‌باشند. در اکثر کشورهای اروپای غربی از جمله دانمارک، فرانسه و اسپانیا، اهداء تخمک به صورت ناشناس صورت می‌گیرد (۸). در کشور آمریکا نیز هر چند تا سال ۱۹۹۸ قانون رسمی در این زمینه وجود نداشت؛ اما دستورالعملی در رابطه با اهداء تخمک منتشر شد که روش ناشناس بودن اهداء کننده را توصیه می‌کرد. در انگلستان نیز روش اصلی، استفاده از اهداء کننده ناشناس است (۱۱)؛ البته تمایل جهانی به سمت ارائه بیشتر اطلاعات به دهندگان و گیرندگان تخمک بوجود آمده است (۱۶) و وجود بانک اطلاعاتی دقیق ضروری می‌باشد.

در مطالعه Söderström-Anttila در سال ۱۹۹۵ در کشور فنلاند ۴۲٪ از گیرندگان تخمک ناشناس، تمایل داشتند که شخص دهنده را نبینند؛ ولی ۴۸٪ نمی‌خواستند هیچ اطلاعاتی در مورد فرد دهنده داشته باشند. همچنین در این مطالعه، ۵۹٪ از گیرندگان تخمک، اعتقاد داشتند که باید به فرزند حاصل از این تخمک در مورد منشاء وی توضیح داده شود و ۳۹٪ اعتقاد داشتند که کودک باید اطلاعات مشخصی در مورد اهداء کننده داشته باشد (۱۷). در مطالعه Klock و همکاران در سال ۲۰۰۴ در آمریکا، ۸۲٪ زنان و ۶۶٪ مردان، مسئله اهداء را به دیگران اطلاع داده بودند؛ اما وقتی از آنان سؤال شد که اگر قرار باشد دوباره این کار را انجام دهند، باز هم به دیگران اطلاع می‌دهند یا نه؟ ۶۲٪ از مردان و ۶۰٪ از زنان اظهار پشیمانی کرده و گفته بودند به دیگران اطلاع نخواهند داد. پشیمانی والدین از اطلاع دادن به دیگران، احتمالاً ناشی از این است که با اطلاع یافتن دیگران از مسئله اهداء، آنها دیگر توانایی کنترل محرمانه ماندن آن را نخواهند داشت (۱۸).

Baetens و همکاران، یکی از دلایل طرفداران اهداء شناخته شده را نگرانی والدین در مورد منشأ ژنتیکی کودک و از طرف دیگر، عدم تشابه ظاهری و جسمی

این یافته نشان می‌دهد که میل گفتن حقیقت به کودکان در والدین افزایش یافته است (۲۴).

علت تفاوت در نتایج مطالعات، تفاوت‌های فرهنگی، تأثیر مذهب و دین، خانواده‌ها و تأثیرگذاری این عوامل بر کیفیت جنبه‌های ارتباطی والدین و فرزند است. مطالعه Cook و همکاران به توجیه این تفاوت‌های فرهنگی و آداب و رسوم اروپای شرقی و غربی از جمله نگرانی شدید والدین از گفتن حقیقت به فرزندان‌شان و آگاهی آنان از این مسئله در آینده اشاره دارد (۲۵، ۲۶)؛ چنانچه در مطالعه Brewaeys، تمایل خانواده‌های مذهبی در نگه داشتن این راز بیشتر است (۲۶). همچنین در پژوهش‌های اخیر، محققان معتقدند گفتن حقیقت به کودکان در مورد نحوه تولدشان تأثیری در کیفیت جنبه‌های روابط والدین با کودکان ندارد (۲۵، ۲۶). نکته قابل توجه این است که هیچ کدام از کشورهای که روش اهداء شناخته شده را پذیرفته‌اند، هیچ روش مشخصی را برای اطلاع دادن قطعی به کودک در نظر نگرفته‌اند و تصمیم در مورد این مسئله تنها بر عهده والدین است (۱۶).

بنابراین با توجه به نقش با اهمیت عواملی همچون فرهنگ، تفاوت دیدگاهها و همچنین تأثیر مذهب و دین بر پذیرش این روش و در نتیجه چگونگی رابطه والدین با کودکان و عملکرد خانواده‌ها، بر لزوم انجام تحقیقات بیشتر در فرهنگها و ادیان گوناگون تأکید می‌شود. در همین چهارچوب با تفاوت فرهنگی و مذهبی ایران، لزوم انجام تحقیقات بیشتری وجود دارد.

یکی از مشکلات مطالعه حاضر، آن است که اکثریت افراد مورد بررسی دارای سطح تحصیلی دیپلم و کمتر از دیپلم بودند و این مسئله ممکن است از عوامل مخدوش کننده طرح به حساب آید. از دیگر محدودیت‌های مطالعه، انجام مطالعه در یک مرکز بوده؛ لذا انجام مطالعات بعدی در گروه‌های با تحصیلات

که در صورت امکان کلینیک‌های اهداء باید همکاری‌های لازم را معمول دارند.

در ارتباط با اظهار مطلب به کودکان متولد شده در مورد نحوه تولد، نتایج این مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از گیرندگان تخمک (۶۹٪)، مخالف شناساندن والدین ژنتیکی به فرزند به دلیل ایجاد پیامدهای سوء روانی بودند؛ همچنین بیش از نیمی از دهندگان نیز (۶۰٪) مخالف شناخته شدن والدین ژنتیکی برای فرزند بودند.

والدین اغلب از اینکه ممکن است فرزندان‌شان در خصوص نحوه تولد و اصل واقعیات مطلع شوند، ترس و نگرانی دارند. در مطالعه قربانی و همکاران، در مقایسه با روش‌های دیگر، در استفاده از روش اهداء میزان علاقه مادر در بازگویی نحوه تولد به کودک به طور چشمگیری کاسته می‌شود (۴۰٪) (۲۰).

مطالعه کیفی Hahn و Craft-Rosenhery، در کشور آمریکا روی گیرندگان تخمک اهدایی، نشان داد که از میان ۵۸ نفر، ۵۶٪ تصمیم به اظهار مطلب به کودک خود داشتند و ۱۸٪ مخالف و ۲۴٪ هم هنوز به تصمیم نهایی نرسیده بودند (۲۱). در مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۷، والدین تصمیم جدی برای مطرح کردن موضوع با کودک خود را اساسی می‌دانستند (۲۲). در یک بررسی که اخیراً توسط Mac Dougall و همکاران در آمریکا انجام گرفته، والدینی که افشای راز را به کودک خود زودتر شروع می‌کنند، خیلی راحت‌تر از اقدام به آن طی طولانی مدت می‌باشد؛ البته بایستی از مشاوره‌های تخصصی و راهنمایی در طول زندگی خود بهره بگیرند (۲۳).

Golombok و همکاران در مطالعه‌ای در انگلستان که روی ۵۰ خانواده اسپرم اهدایی، ۵۱ خانواده تخمک اهدایی و گروه کنترل طبیعی انجام دادند، نشان دادند که والدین تمایل دارند با بچه‌ها صادق و راستگو باشند.

بودن فرآیند مطابق نظر اهداءکنندگان و گیرندگان انجام گردد. در مورد دادن پاداش به دهندگان تخمک با وجود مطالعات زیاد، به نظر می‌رسد که بایستی سیاست‌هایی جهت تنظیم مالی و پاداش در موارد اهداء تخمک اتخاذ گردد (۳۰).

نتیجه‌گیری

از نظر نویسندگان این مقاله در استفاده از تخمک اهدایی علاوه بر توجه به جنبه‌های پزشکی و سلامت اهداءکننده و دریافت‌کننده، دقت در ابعاد فرهنگی، اجتماعی، اعتقادی و روحی - روانی فرد و جامعه و وجود ابعاد حقوقی و قانونی این فرآیند با دستورالعملها و قوانین مدون و مشخص ضروری بوده و وجود بانکی از اطلاعات داوطلبان اهداء با حمایت جدی و قاطع مسئولان مراکز درمان ناباروری اساسی به نظر می‌رسد.

همچنین جهت تعمیم نتایج، مطالعات وسیع‌تر در زمینه موارد مربوط با محرمانه بودن فرآیند مطابق نظر اهداءکنندگان و گیرندگان توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

هزینه‌های این پروژه توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران تأمین شده است. لازم است از کلیه پزشکان و همکارانی که در انجام این پژوهش همیاری و مساعدت نمودند به ویژه آقای محمد مهدی نقی‌زاده، صمیمانه سپاسگزاری شود.

References

- 1- Inhorn MC. Making Muslim babies: IVF and gamete donation in Sunni versus Shi'a Islam. *Cult Med Psychiatry*. 2006;30(4):427-50.
- 2- Isikoglu M, Senol Y, Berkanoglu M, Ozgur K, Donmez L, Stones-Abbasi A. Public opinion regarding oocyte donation in Turkey: first data from a secular population among the Islamic world. *Hum Reprod*. 2006;21(1):318-23.
- 3- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Repetitive oocyte donation. *Fertil Steril*. 2008;90(5 Suppl):S194-5. Review.
- 4- [No authors listed]. Eggs shared, given, and sold. *Lancet*. 2003;362(9382):413.
- 5- 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.

- 6- Yee S, Hitkari JA, Greenblatt EM. A follow-up study of women who donated oocytes to known recipient couples for altruistic reasons. *Hum Reprod.* 2007;22(7):2040-50.
- 7- Berg JW. Risky business: evaluating oocyte donation. *Am J Bioeth.* 2001;1(4):18.
- 8- Baetens P, Devroey P, Camus M, Van Steirteghem AC, Ponjaert-Kristoffersen I. Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes. *Hum Reprod.* 2000;15(2):476-84.
- 9- Safaie SH. [Essay on gamete & embryo donation in infertility treatment, from medical, theological, legal, ethical, psychological and sociological approaches]. 1th ed. Tehran: Samt Publishing; 2004. 170 p. Persian.
- 10- McLaughlin EA, Day J, Harrison S, Mitchell J, Prosser C, Hull M. Recruitment of gamete donors and payment of expenses. *Hum Reprod.* 1998;13(5):1130-2.
- 11- Bromwich P. Oocyte donation. *BMJ.* 1990;300(6741):1671-2. Review.
- 12- Lyall H, Gould GW, Cameron IT. Should sperm donors be paid? A survey of the attitudes of the general public. *Hum Reprod.* 1998;13(3):771-5.
- 13- Partrick M, Smith AL, Meyer WR, Bashford RA. Anonymous oocyte donation: a follow-up questionnaire. *Fertil Steril.* 2001;75(5):1034-6.
- 14- Behjati Ardakani Z, Akhondi MA, Milanifar A, Modabery Y, Chamani L, Moeini M, et al. [Counseling, evaluation and screening of donor and recipient in third party reproduction and the matching process]. *Payesh.* 2007;6(4):443-51. Persian.
- 15- American Society for Reproductive Medicine. 2002 guidelines for gamete and embryo donation: a practice committee report: guidelines and minimum standards. *Fertil Steril.* 2004;82 Suppl 1:S8.
- 16- Frith L. Gamete donation and anonymity: the ethical and legal debate. *Hum Reprod.* 2001;16(5):818-24. Review.
- 17- Söderström-Anttila V. Follow-up study of Finnish volunteer oocyte donors concerning their attitudes to oocyte donation. *Hum Reprod.* 1995;10(11):3073-6.
- 18- Klock SC, Greenfeld DA. Parents' knowledge about the donors and their attitudes toward disclosure in oocyte donation. *Hum Reprod.* 2004;19(7):1575-9.
- 19- Abbasi Shavazi MJ, Akhondi MM, Razeghi Nasrabad HB, Behjati Ardekani Z. [Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran]. *J Reprod Infertil.* 2006;7(2):139-48. Persian.
- 20- Ghorbani B, Behjati Ardekani Z. [Openness about a child's origins in surrogacy in comparison with adoption & ART]. *J Reprod Infertil.* 2008;9(2):130-36. Persian.
- 21- Hahn SJ, Craft-Rosenberg M. The disclosure decisions of parents who conceive children using donor eggs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31(3):283-93.
- 22- Greenfeld DA. The impact of disclosure on donor gamete participants: donors, intended parents and offspring. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008;20(3):265-8. Review.
- 23- Mac Dougall K, Becker G, Scheib JE, Nachtigall RD. Strategies for disclosure: how parents approach telling their children that they were conceived with donor gametes. *Fertil Steril.* 2007;87(3):524-33.
- 24- Golombok S, Jadv V, Lycett E, Murray C, Maccallum F. Families created by gamete donation: follow-up at age 2. *Hum Reprod.* 2005;20(1):286-93.
- 25- Cook R, Vatev I, Michova Z, Golombok S. The European study of assisted reproduction families: a comparison of family functioning and child development between Eastern and Western Europe. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1997;18(3):203-12.
- 26- Brewaeys A. Donor insemination, the impact on family and child development. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1996;17(1):1-13. Review.
- 27- Englert Y, Serena E, Philippe R, Fabienne D, Chantal L, Anne D. Sperm and oocyte donation: gamete donor issues. *Int Congr Ser.* 2004;1266:303-10.
- 28- Greenfeld DA, Klock SC. Disclosure decisions among known and anonymous oocyte donation recipients. *Fertil Steril.* 2004;81(6):1565-71.
- 29- Greenfeld DA. The impact of disclosure on donor gamete participants: donors, intended parents and offspring. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008;20(3):265-8.
- 30- Fox D. Paying for particulars in people-to-be: commercialisation, commodification and commensurability in human reproduction. *J Med Ethics.* 2008;34(3):162-6.