

# Üremeye Yardımcı Teknolojiler ve Tıp Etiği

Çağrı KALAÇA\*

\* Yrd.Doç.Dr.Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, İSTANBUL

Üreme sağlığı, genel sağlığın en önemli unsurlarından biridir. Etkileri, yalnızca yaşamın üretken dönemlerinde değil, yenidoğan döneminden ergenliğe, ergenlikten yaşlılığa, tüm yaşam süresince görülebilmekte, kuşaklar arasında izlenebilmektedir.

Üreme sağlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir bileşeni olmalıdır. Doğurganlığın düzenlenmesi, infertilitenin önlenmesi, üreme yolu enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların saptanması ve tedavisi, anne sağlığı ve güvenilir annelik gibi üreme sağlığı hizmetlerinin unsurları bütünselleştirilmelidir.

Kısırlık (Infertilite) sorununun olumsuz etkileri, bedensel sağlıktan çok, zihinsel ve toplumsal iyilik hâli üzerinde olmaktadır. Kısırlık konusunda ilk yapılması gerekenin ilgili koruyucu hizmetleri geliştirmek ve güçlendirmek olduğu ortadadır. Üreme sağlığı alanındaki yeni bütünleştirici yaklaşımın, bu yolda önemli bir yardım sağlaması beklenmektedir.

Önleme çalışmalarının yanı sıra, bu sorun üzerindeki "çözüm üretici" çalışmalar, giderek karmaşıklaşan bir teknolojiye dayanarak hızlanmıştır. Tüm dünyada bu konuda büyük ekonomik kaynaklar kullanılmaktadır.

Bu teknolojilerin yola çıkış noktaları, özellikle de kısırlık sorunun toplumsal ve zihinsel boyutları dikkate alınarak, genel olarak desteklenmektedir. Ancak, bu teknolojilerin neden olduğu sorunların, yalnızca kuramsal tartışmalarla sınırlı olmayıp, uygulama aşamasında gereksiz tedavilerin uygulanmasından bunların kötüye kullanımına dek değişik boyutlarda ortaya çıktığını akılda tutmak gerekmektedir.

## ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDA

### YENİ YAKLAŞIM VE ÜREME HAKLARI

Üreme sağlığı, genel sağlığın en önemli unsurlarından biridir. Etkileri, yalnızca yaşamın üretken dönemlerinde değil, yenidoğan döneminden ergenliğe, ergenlikten yaşlılığa, tüm yaşam süresince görülebilmekte, kuşaklar arasında izlenebilmektedir.

Üreme sağlığı teriminin kapsamı konusundaki yeni yaklaşım, insanların sorumluluğu, doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşama sahip olmalarını; çocuk sahibi olma (üreme) yeterliklerini, ve çocuk sahibi olma konusunda diledikleri zaman karar verme özgürlüğü taşımalarını ifade etmektedir. Bu tanımdaki dile getirilen son koşul, kadın ve erkeğin, seçtikleri güvenilir, etkili, ulaşılabilir ve kabul edilebilir nitelikte sunulan doğurganlık düzenleyici yöntemlerin sonulması ve bunlarla ilgili olarak bilgilendirme hakkını da içermektedir. Yine bu yaklaşımla, kadınların sağlıklı bir gebelik sürdürmeleri ve sağlıklı bir bebeğe sahip olabilmeleri için uygun sağlık bakımı hizmetlerine ulaşabilme hakkı da kapsanmış olmaktadır.

Üreme sağlığı bakımı ise tanımını, üreme sağlığına, sorunların önlenmesi ve çözümlenmesi yoluyla katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetlerin düzenlenmesi biçiminde bulmaktadır.

Üreme sağlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir bileşeni olmalıdır. Doğurganlığın düzenlenmesi, infertilitenin önlenmesi, üreme yolu enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların saptanması ve tedavisi, ve anne sağlığı ve güvenli annelik gibi üreme sağlığı hizmetlerinin unsurları bütünselleştirilmelidir.

Bu hizmetler için, hem birey ve çiftlerin seçme özgürlüğü, aydınlatılmış onam, gizlilik ve öznellik haklarını güvenceye alma, hem de olanaklı en yüksek nitelikte ulaşılabilir bir bakım sunma sorumluluğunun üstlenilmesi gerekmektedir.

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (1994) üreme sağlığı alanında geliştirilen bu yeni ve bütünsel yaklaşım geniş bir görüş birliği ile kabul edilmiştir.

## KISIRLIK

Kısırlık, en az 12 ay boyunca korunmadan cinsel ilişkide bulunulduğu halde gebeliğin sağlanamaması durumunu tanımlamaktadır. Bulgular dünyada çiftlerin yaklaşık %8-10'unun çocuk sahibi olamama sorunu yaşadıklarını göstermektedir. Bu sıklık, pelvik enfeksiyonların sık görüldüğü bölgelerde artmaktadır. Oranlar

ülkeler ve bölgeler arasında değişmektedir. Örneğin 1985 yılında yapılan bir çalışmada, A.B.D.'de zenci kadınlar arasında kısırlık oranının, beyaz kadınlara göre daha yüksek olduğu (%18) saptanmıştır. Gabon'da kısırlık oranı %32'dir. Tüm dünyada 60-80 milyon çiftin kısırlık sorunu ile karşı karşıya olduğu düşünülmektedir.

Kısırlığın bedensel sağlıktan çok, toplumsal ve zihinsel "iyilik hali" üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Dar ve geniş anlamıyla toplumsal yapının geleneksellik niteliği ağır bastıkça, sorun daha da büyümektedir. Çocukları olmayan bazı çiftler, bu durumu ağır bir özür olarak kabul etmekte; evlilik sözleşmesinin en temel unsurlarından birinin ortadan kalktığını düşünmektedirler. Pek çok boşanmanın altında yatan neden çocuk sahibi olamamaktır.

Kısırlığa yol açan en önemli nedenler önlenileceğini bildiğimiz cinsel yolla bulaşan hastalıklar, güven-siz düşükler ve doğum sonrası enfeksiyonlardır. En önemli risk faktörleri arasında şunlar vardır: Sigara; ilk doğumun gecikmesi; çevresel etkenlere maruziyet; alkol, madde kullanımı, yeme bozuklukları, stres gibi kişisel nedenler; bir girişimin istenmeyen etkisi, sterilizasyon ya da kontrasepsiyon gibi tıbbi nedenler.

Bu bilgiler dikkate alındığında, kısırlık konusunda ilk yapılması gerekenin ilgili koruyucu hizmetleri geliştirmek ve güçlendirmek olduğu anlaşılmaktadır. Üreme sağlığı alanındaki bütünleştirici yaklaşımın, bu yolda önemli bir yardım sağlaması beklenmektedir.

Kısırlık sorununun yaygınlığı ve toplumsal ve psikolojik önemi, üremeye yardımcı teknolojilerin gündeme gelmesi sonucunu doğurmuştur. Bu alandaki "talep ve pazar", üremeye yardımcı teknolojilerin, tıpta en hızlı ilerlemelerin sağlandığı alanlardan biri olmasına yol açmaktadır. Bu alanda yürütülen çalışmalar, giderek karmaşıklaşan ve parasal olduğu kadar etik bedellerin de ağırlaştığı yeni teknolojileri yaratmaktadır.

## ÜREMeye YARDIMCI TEKNOLOJİLER

Çağımızda yaşanan pek çok gelişmenin yarattığı tartışma, kısırlık sorununa çözüm arayan üremeye yardımcı teknolojiler konusunda da geçerlidir: Önemli bir toplum sağlığı sorununa çözümler üreten, bu sorunları olan insanlara umut ışığı doğuran teknolojilerin, yeni yeni tıbbi ve etik sorunlar yaratması ikilemi.

Bu teknolojilerin yola çıkış noktaları, özellikle de kısırlık sorununun toplumsal ve zihinsel boyutları dikkate alınarak, genel olarak desteklenmektedir. Ancak, bu teknolojilerin neden olduğu sorunların, yalnızca kuramsal tartışmalarla sınırlı olmayıp, uygulama aşamasında gereksiz tedavilerin uygulanmasından bunların kötüye kullanımına dek değişik boyutlarda ortaya çıktığını akıldan tutmak gerekmektedir.

Aşağıda en sık kullanılan ve tartışma konusu yapılan söz konusu teknolojilerin bazıları hakkında kısa bilgiler sunulmaktadır.

### **Yardımlı Döllenme**

Spermin, cinsel birleşme dışında bir yolla kadının genital yoluna ulaştırılması anlamında kullanılan bu terim, günümüzde yapay döllenme terimi yerine kullanılmaktadır.

Bu yöntemle sperm, genellikle zenginleştirilmek üzere bir takım işlemlerden geçirildikten sonra tıbbi gözlem ve tedavi altında olan anne adayına aktarılmaktadır. Bu aktarım kadın üreme yollarının değişik bölümlerine yapılabilmektedir.

Sperm, bu işlem için hazırlanırken, sperm ayırımı yöntemi ile doğacak bebeğin cinsiyetinin seçilmesine yönelik bir tekniğin uygulanması da söz konusu olabilmektedir.

İletilen sperm, anne adayının eşinin sperm, olabileceği gibi, bir vericinin sperm, de olabilir. Verici ile döllenme aşağıda açıklanmaktadır.

### **Verici Sperm ile Döllenme**

Verici sperm ile döllenme uygulamalarının 19. yüzyıldan beri uygulandığı bildirilmektedir. Ancak 1960'ların ikinci yarısından beri, son derece yaygınlaşmış bir uygulamadır. Özellikle sperm, dondurularak saklanması ve sperm bankaları uygulamaları, verici sperm ile döllenme uygulamalarının yaygınlaşmasına yol açmaktadır.

Verici sperm, yardımcı döllenme işleminde kullanılabilir gibi, IVF gibi diğer üremeye yardımcı teknolojiler de kullanılabilir.

Tıbbi endikasyonları çok karmaşık olmamakla birlikte, ortaya çıkardığı kültürel, etik ve hukuksal sorunlar tartışılmayan devam etmektedir.

### **In Vitro Fertilizasyon (IVF)**

Bu yöntem son 30 yıldır uygulanmaktadır. Bugün bu yöntem kullanılarak doğmuş onbinlerce bebek bulunmaktadır. Burada, genellikle bir stimülasyon sürecini izleyen bir işlemle, olgunlaşmış yumurtalar anne yumurtalarından alınmakta, ve spermle fertilizasyonu laboratuvar koşullarında gerçekleştirilmektedir. Döllenme sağlandıktan belli bir süre sonra bu yumurtalar kateter aracılığı ile anne adayının uterusuna iletilmektedir.

Bu yöntemde de, hem yumurta hem sperm "vericiliği" söz konusu olabilmektedir.

Bu yöntemle sağlanan başarı oranının %19 dolayında olduğu belirtilmektedir. Başarı oranları uygulama merkezleri arasında farklılıklar göstermektedir.

### **Gamet Intrafallopian Transfer (GIFT)**

Bu yöntemde de, ovulasyon stimülasyonu yapılmakta, sonra folliküler aspirasyonla anne yumurtası alınmakta ve taşıyıcı kateter yardımıyla hem anne yumurtası hem de yıkanmış sperm, birlikte anne tüplerinden birine aktarılmaktadır. Bu yöntemin IVF'a göre daha "doğal" olduğu kabul edilmektedir, çünkü burada döllenme doğal olarak olması gereken yerde gerçekleş-

leşmektedir. Ayrıca, işlem bir defada tamamlanmakta olması nedeniyle de IVF'e yeğlenmektedir.

Bu yöntemde de veridlik söz konusu olabilmektedir.

### **Zigot Intrafallopian Transfer (ZİFT)**

ZİFT 1986 yılında tanımlanan bir yöntemdir. Burada farklı olarak yumurta ve sperm laboratuvar koşullarında döllenmekte, ancak erken dönemde anneye aktarılmaktadır.

### **Mikro Yöntemler**

Bu yöntemlerde gamet, preembryo ya da blastomer aşamalarında girişimsel uygulamalar söz konusu olmaktadır. Bu işlemler sırasında tanı, tedavi ya da araştırma amaçları güdülebilmektedir.

Bunlara örnek olarak SUZI (subzonal insertlon), mikro-enjeksiyon verilebilir.

SUZI uygulamasında yaklaşık 10 kadar sperm, "zona" engelini aşmak üzere yapılan girişimsel bir işlemin ardından yumurtaya iletilmektedir.

Diğer bir adı intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) olan mikro-enjeksiyon işleminde ise, sperm doğrudan doğruya yumurtaya enjekte edilmektedir.

### **Yumurta Vericiliği**

Verici yumurtalarından üremeye yardımcı teknolojiler için yararlanılması, insanlar üzerinde ilk kez 1984 yılında gerçekleştirilmiştir. Verici, anne adayının akrabası, arkadaşı olabileceği gibi, tanınmayan birisi de olabilmektedir. Özellikle menapoza erken dönemde giren anne adayları, bu uygulamadan yararlanmak istemektedirler.

Yumurta vericiliği sperm vericiliğinden, taşıdığı tıbbi riskler nedeniyle belirgin bir biçimde ayrılmaktadır; çünkü bu işlem için verici adayı önce bir stimülasyon tedavisine alınmakta, daha sonra da yumurta bazı girişimsel uygulamalar ile elde edilmektedir. Bu uygulamanın da, tıbbi, etik ve hukuksal sorunlar doğurduğu ortadadır.

### **Taşıyıcı Annelik**

Bu terim, sonuçta sahip olmayacağı, başka bir çiftin bebeğini dünyaya getiren anneler için kullanılmaktadır. Bu gebelik iyi yolla sağlanmış olabilmektedir:

1. Gebelik tümüyle taşıyıcı anne ile ilişkisiz olarak, başka bir çiftin döllenmiş yumurtası ile sağlanmıştır. Burada anne, bebeğin genetik olarak değil, gebelik süreci açısından annesidir.

Bu tür ilk taşıyıcı annelik uygulaması 1986 yılında gerçekleştirilmiştir.

2. Taşıyıcı annenin gebeliği doğacak bebeğin baba-sının spermleri ile kendi yumurtasının yapay yollarla döllenmesi sonucu elde edilmiştir. Burada anne bebeğin hem genetik, hem de gebelik süreci açısından annesidir.

Her iki yol da, son derece tartışmalı durumlara yol açmaktadır. Taşıyıcı annelik uygulamalarında ortaya çı-

kan genel sonulara ek olarak, duruma özgü sorunlarla da karşılaşılabilir. Örneğin bebeğin sonuçtaki anne babası, taşıyıcı anneye, örneğin bebeğin sağlığını etkileyebilecek alışkanlıkları açısından müdahale bulunma hakkına sahip midir? Taşıyıcı anne ile çift arasında, gebelikten önce, gebelik sırasında ve daha sonrasında doğabilecek parasal ilişki ayrıca önemli bir sorun alanı olarak tartışma yaratmaktadır.

## **ÜREMEYE YARDIMCI TEKNOLOJİLER VE ETİK**

### **Etik Değerlendirmenin Temelleri**

insanlar, eylemlerini değerlendirirken değişik ölçütler kullanılmaktadır. Sıklıkla bu yargılar ifade edilmemiş, hatta sınırlanmamış niteliktedir. Aile eğitimi, okul eğitimi, toplumsal eğitim çevresi, toplumsal gelenekler, dinsel otorite, hukuksal otorite, mesleki ilke ve standartlar, üyesi olunan kuruluşlar gibi pek çok etken, iç içe, bu yargıların temelini oluşturmaktadır. Kültürel çoğulculuk taşıyan bir toplumda, beklenti ve yaşam öykülerinin değişkenliğine koşut bir biçimde, pek çok yaklaşım farklılıkları ile karşılaşılması kaçınılmaz olmaktadır.

Ancak burada, daha genel bir ölçütün varlığı, farklı bireysel yaklaşımları aydınlatmaktadır. Bu ölçüt, eylemlerimizde, "İnsanın bütünsel olarak" ve "tüm boyutları" ile düşünülmüş olmasıdır. Bu boyutlardan birisi bedensel sağlıktır. Zihinsel iyilik hali, bir yönüyle, kişinin değerleri ile ilgili konularda kendi kararlarını vermek üzere İnançlarını geliştirme özgürlüğünü ve bilme hakkını içermektedir. Toplumsal iyilik hali ise, ailesel, ekonomik, politik, uluslararası ve dinsel boyutlara sahiptir.

Kimi zaman yasalar, sorunlara çözüm üretirken İnsanı bu nitelikte ele almamışlardır; ve bu ölçüte bakılarak "ahlaki" olmadıklarını savlamak olanaklıdır, kimi zaman da, yasalara uygunluk göstermeyen bazı uygulamalar, "ahlaki" olarak kabul edilebilirler. Bu tür çelişkilerin, hukuksal evrimin çizgisini önemli ölçüde belirlediği öne sürülebilir.

Üremeye yardımcı teknolojiler konusunda İki uç yaklaşım, konuya yönelik çelişkilerin belirginleşmesi bakımından dikkate değer niteliktedir. Bu yaklaşımları, olumlu ya da olumsuz bir nitelik yüklemekten tutucu ve liberal olarak adlandırmak olanaklıdır.

Tutucu yaklaşım, evlilikteki cinsel ilişkinin ahlaksal ve doğal bütünselliği ve dokunulmazlığını onaylar, ve üreme teknolojileriyle ilgili olarak buna dayanan bir yaklaşım geliştirir. Evli çiftin cinsel ve üreme yaşamında herhangi bir değişiklik yapılmamalı, müdahalede bulunulmamalıdır. Cinsellik aşk ve çocuk yapmaya ilişkin doğal süreçler parçalanmamalıdır. Bu yaklaşıma göre, üremeye yardımcı teknolojiler konusundaki tek yaklaşım, tümüyle reddedilmeleri olabilir.

Liberal yaklaşım İse, bireylerin çocuk yapma istek ve hakları üzerine odaklanmıştır. Bireylerin bu arzularını yerine getirme olanakları varken, buna kimse ka-

rışamaz. Bireylerin, üremelerini düzenlemek konusunda yapacakları düzenleme ve uygulamalar, yalnızca kendilerini ilgilendirir. Bireysel özgürlükler, üremenin özneliği ve üreme hakkı, yapılan girişimleri haklılaştıracaktır. karar verme yeterliğine sahip konuyla ilgili olarak aydınlatılmış erişkin kişiler, uygun sözleşmeler çerçevesinde uygulanan üremeye yardıma teknolojilerden yararlanabilir.

Konuyla ilgili etik yaklaşımlar henüz tam anlamıyla olgunlaşmış sayılmamakla birlikte, yukarda özetlenen iki yaklaşıma yönelik eleştirel değerlendirmeler, bu iki uç noktanın da yeterli olmadığını vurgulamaktadırlar. Cinsel ilişkinin doğal ve biyolojik bütünselliğini temel alan ve teknolojik müdahaleye karşı olan yaklaşıma getirilen eleştiride; sorunların çözümünde teknolojinin kullanımının insanlığın bir "zaferi" olduğu, teknoloji kullanımının artık tümüyle "doğal" sayılması gerektiği vurgulanmaktadır.

Üremeye yardımcı teknolojilerin, bireylerin mutluluğu için tümüyle serbest bırakılması yönündeki yaklaşıma getirilen eleştiride de; geçmişte teknolojinin keyfi kullanımının ortaya çıkardığı etik ve çevresel yıkımlara dikkat çekilmekte, teknolojinin toplumsal güçlerce "akılcılık ve etik" olarak denetlenmesinin gereğine işaret edilmektedir.

#### *Etik Değerlendirme İçin İpuçları*

Üreme teknolojileri konusunda etik açıdan bazı temel nokta ve ilkelerin dikkatle değerlendirilmesi gereği vurgulanmaktadır: Bireysel özerklik ve insan yaşamı ve onuruna saygı, zarar vermeme ve yararlı olma, eşitlik ve adalet, güçsüz durumdakilerin korunması, üremenin ticarileştirilmemesi, kaynakların uygun kullanımı, sorumlu tutulabilirlik, bireysel ve kolektif çıkarların dengelenmesi.

Üremeye yardımcı teknolojilerin yarattığı tartışmalar özellikle řu noktalar üzerinde yoğunlaşmaktadır: Üremeye yardımcı teknolojilerin doğallığı ve yapaylığı; insan preembriyosunun ahlaki ve etik açıdan durumu; ailenin rolü ve konumu ve genetik bağıntı sorunu; sperm, ova, gamet vericileri ve taşıyıcı annelere yapılan ödemeler; cinsiyet seçimi ya da bazı hastalık ve özelliklerin eliminasyonu gibi, bu teknolojiler uygulanırken ortaya çıkan bazı olanakların olası sonuçları; hükümetlerin rolü.

Dünya hekimler Birliği, 1987 yılında açıkladığı "IVF ve Embriyo Transplantasyonu Hakkında Duyuru" başlıklı bildirmede, IVF-ET'nun, "infertilitenin azaltılması, genetik bozuklukların önlenmesi olanağının yaratılması, insan üreme ve kontrasepsiyonu konusundaki temel çalışmaların güçlendirilmesinin sağlanması" açısından, bir yarar potansiyeli taşıdığı belirtilmektedir. Dünya Hekimler Birliği, hekimlerin etiğe uygun bir biçimde, ve "anne adayının sağlığına" ve "embriyoya" saygı göstererek davranmalarını istemektedir. Embriyo için "yaşamın başladığı andan itibaren saygı" yaklaşımı dile getirilmiştir.

Üremeye yardımcı teknolojiler ve uygulanma biçimleri konusunda, çek temel noktalar dışında, etik açıdan ayrıntılı reçeteler vermek, en azından bugün için olanaklı görünmemektedir. Dünya Hekimler Birliği'nin bu "çok genel söylemi"yi anlamak, bu gerçekte ışığında daha olanaklı olmaktadır.

#### KAYNAKLAR

1. Bromham DR, Lilford RJ. Autonomy and its limitations in artificial reproduction, *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, September 1991; 5: 3.
2. Engelhardt HT, Wildes JR&KW. The artificial donation of human gametes, *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, September 1991; 5: 3.
3. Ethics Committee of The American Fertility Society, *Ethical Considerations of Assisted Reproductive Technologies, Fertility and Sterility* November 1994; 62: 5.
4. Family Care International, *Action for the 21st Century Reproductive Health & Rights for All*, International Conference of Population Conference on Population and Development, 1994.
5. Royal Commission on New Reproductive Technologies, *Final Report: Proceed with Care*, Canada 1993; 2.
6. Young R, *The ethics of selecting for fetal sex*, *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, September 1991; 5: 3.
7. Winston RML, *Recourses for infertility treatment*, *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, September 1991; 5: 3.