

## بررسی و واکاوی اهدای جنین، تخمک و رحم اجاره ای از منظر فقه و حقوق

زهرة كاشفی

كارشناسی ارشد، گروه حقوق جزا و جرم شناسی، علوم و تحقیقات فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران

محمدحسین احمدی<sup>۱</sup>

دانشجوی رشته حقوق، دانشگاه پیام نور واحد اقلید، فارس، ایران

### چکیده

تخمک و رحم اجاره ای و عبارت است از ترکیب اسپرم مرد و تخمک زن- خواه زوج و زوجه خواه بیگانه- جهت انعقاد و بارور نمودن نطفه با هر وسیله ای غیر از مقاربت. این ترکیب یا در رحم صورت می پذیرد یا در خارج رحم. در حالت کلی، از نظر شرع مقدس، در انجام عمل لقاح مصنوعی باید از انجام مقدمات بصورتی که ممنوع اعلام شده، اجتناب کرد. از قبیل تماس نامحرم یا نگاه و غیره. با توجه به دو روش (لقاح درون رحمی یا خارج رحمی) بالغ بر بیست صورت تلقیح مصنوعی وجود دارد. هر چند بصورت کلی حکم شرعی هیچ کدام از این صورتها در فقه نیامده، لکن پس از بررسی های طولانی و دقیق توسط فقها برخی از این صور بدون ایراد شرعی قابل اجرا هستند و برخی که نیاز به بحث بیشتری بوده و محل اختلاف شدید هست یا ممنوع اعلام شده و یا در آن احتیاط صورت گرفته مثل لقاح مصنوعی با اسپرم مرد بیگانه. هر چند تعداد اندکی از فقها آن را بدون ایراد تجویز کرده اند، ولی چون در هر یک از این صور باید اجماع آراء فقها و شورای محترم نگهبان موافقت خود را اعلام کنند هنوز تا تدوین قانونی خاصی در زمینه صور ممنوعه فاصله داریم. موافقت بخشی از تلقیح مصنوعی بنام انتقال جنین ناشی از زن و شوهر رسمی جهت اهداء به زوجین نابارور بعد از سالها ضمن قانونی بنام «قانون نحوه اهدای جنین به زوجهای نابارور» سال ۱۳۸۲ تصویب و در اواخر سال ۱۳۸۳ همراه آیین نامه به قوه قضائیه ابلاغ و قابل اجرا گردید. تلقیح مصنوعی بنام «اجاره رحم» که در آن جنین ناشی از زن و شوهر قانونی جهت پرورش در رحم زن ثالثی بنام «مادر واسطه» و تنها به دلیل اشکال در رحم زوجه صاحب جنین منتقل می شود، هنوز مورد اختلاف فقها و حقوقدانان است، ولی با گذشت زمان طولانی مراکز ناباروری منتظرند که هر چه سریع تر مشکل ناباروری این دسته از زوج ها با تصویب قانون مرتفع گردد.

واژگان کلیدی: اهدای جنین، تخمک اجاره ای، رحم اجاره ای

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: ma.ahmadibahar93@gmail.com

مقدمه

در ایران وجود یک و نیم میلیون زوج نابارور یعنی حدود ۱۵-۱۰ درصد و از سویی نگرانی زوجهای جوانی که زندگی مشترکی را برای آینده ای شیرین پایه ریزی می کنند همواره یکی از مشکلات جامعه به شمار می رود گر چه متولیان بهداشت و درمان، نازایی را یک بیماری تلقی نمی کنند و جز عملهای لوکس و زیبایی می نگرند و سازمانهای بیمه گر هم با دیدن هزینه های درمان گران و سنگین این بیماری را متقبل نمی شوند، اما مشکلات روحی روانی ناشی از آن بنیاد زندگی زوج های جوان را تهدید می کند چرا که این زوجها بعضاً تصمیم به ازدواج مجدد می گیرند که این امر معمولاً به طلاق می انجامد شایسته است که مسئولین امر جهت ارتقای فرهنگ باروری به گونه ای دیگر عمل کنند. از سوی دیگر وجود مراکز که راههای درمان این بیماری را به طرق مختلف تبلیغ می کنند و نبود نظارت کافی و دقیق بر عملکرد آنها از سوی وزارت بهداشت، موجب شده زوج های جوان علیرغم پرداخت هزینه های گران در بسیاری از موارد نتیجه مطلوب نگیرند. این در حالی است که از نظر روحی پیش از پیش آسیب پذیر می شوند.

بشر همواره سعی داشته است با اتکا به قدرت تفکر و خلاقیت خود و در نتیجه به کارگیری تکنولوژی نوین و روش های علمی مدرن در بهره برداری از طبیعت زندگی را برای خود مطبوع و لذت بخش ساخته و گره هایی را که سابقاً عاجز از گشودنش بوده، باز نماید. لیکن در برخی از موارد مشکلات جدیدی را به وجود آورده که از عرصه سلامت و بهداشت و محیط زیست پا را فراتر گذارده به حیطة باورهای مذهبی، ارزش های اخلاقی و روابط حقوقی میان انسان ها گام نهاده است. پر واضح است که پیشرفت تکنولوژی و خلق روش های مدرن، قوانین و مقررات ویژه ای را طلب می کند تا از ایجاد هرج و مرج در جوامع جلوگیری نماید. یکی از نمودهای پیشرفت در زمینه پزشکی، تلقیح مصنوعی است. میل، علاقه و نیاز غریزی و روحی انسان ها در برخورداری از موجودی به نام «فرزند» که موجب طراوت و شادابی در زندگی می شود را میتوان به عنوان اصلی ترین انگیزه در نیل به جدیدترین و پیشرفته ترین شیوه های تلقیح مصنوعی به حساب آورد.

طرح « رحم اجاره ای » یا « مادر اجاره ای » یکی از راه حل های مثبتی است که از حدود دو سال پیش توسط برخی از کلینیک های باروری و ناباروری به اجرا در آمده است در این روش زنانی که مشکل نگهداری جنین در رحم دارند، می توانند از رحم زن دیگری به عنوان محلی مناسب برای رشد جنین خود استفاده کنند. زمانی که یکی از دو طرف زوجین دچار مشکل باشد، ابتدا هر یک از آنها را که عامل اصلی ناباروری است تحت درمان قرار می دهند و سپس بعد از لقاح مصنوعی در آزمایشگاه و پس از گذشت سه روز، یعنی درست زمانی که جنین ۶ تا ۸ سلولی است آن را در رحم مادر اجاره ای می گذارند از آن زمان به بعد به او «مادر اجاره ای» یا «مادر میانجی یا واسطه» می گویند. او فردی است که داوطلبانه و یا در قالب یک قرار داد قانونی با زوج دارای مشکل در قبال دریافت مبلغی پول نه ماه تمام در وجود خود از کودکی نگهداری می کند که فرزند خودش نیست این مادر واسطه به سبب عدم وجود مشکل رابطه نامحرمیت می تواند یکی از اقوام درجه یک آن زوج باشد. همانطور که ذکر شد چه بسیار بهتر است که این قبیل امور بصورت داوطلبانه و انسان دوستانه انجام شود، تا تبدیل به یک تجارت واقعی و کاذب نشود.

مسأله اهدای جنین، تخمک و رحم اجاره ای انسان که موضوع بررسی و تحقیق ما در این نوشتار قرار گرفته است، یکی از پدیده های نوینی است که با شکوفایی دانش پزشکی پا به عرصه هستی نهاده و به تبع منشأ ایجاد مسائل مختلف حقوقی شده است و بدلیل آنکه این موضوع یکی از موضوعات نوین می باشد، متأسفانه در حقوق مدون و قوانین موضوعه ایران سخنی محکم و قابل دفاع از آن به میان نیامده است. از این رو برای تحقیق و مطالعه در اطراف جنبه های حقوقی این مسأله ناگزیر باید از اصول کلی و ضوابط عامه استمداد جست ناگفته نماند اهدای جنین، تخمک و رحم اجاره ای از رخدادهایی است که در مورد آن نص خاصی وارد نشده است ولی (حکم آن) از حوزه عام و اصول کلی خارج نیست و به همین خاطر فقها در

جهت امتثال دستور پیشوایان خود (ع): «بیان اصول و قواعد بر ماست و استخراج جزئیات بر عهده شماست» تلاش خود را برای استنباط حکم این مسأله از دو منبع یاد شده بکار گرفته اند.

### تاریخچه و سیر قانونی

#### تاریخچه

مسأله تلقیح ابتدا در حیوانات اهلی و به منظور اصلاح نژاد یا تکثیر نسل به کار می رفت. در آغاز، این کار را یکی از دانشمندان آلمانی به نام **Lubwig Jacobi** در سال ۱۷۶۵ روی ماهیها انجام داد. چند سال بعد یک دانشمند و کشیش ایتالیایی به نام پرفسور **Spalazoni** تلقیح را روی سگها آزمایش کرد و نتیجه مثبت گرفت و بالاخره در اواخر قرن نوزدهم یکی از دانشمندان روسی به نام **Elielva** تلقیح مصنوعی در حیوانات چهارپا را عملی ساخت که این روش فعلاً نیز مورد استفاده قرار می گیرد. (علوی قزوینی، ۱۳۸۰)

به دنبال موفقیت این آزمایشها در حیوانات، دامنه تلقیح مصنوعی به انسانها نیز سرایت نمود و این آزمایشها در مورد انسان، در کشورهای مختلف از قبیل فرانسه، انگلستان به اجرا در آمد. چنانچه یک پزشک انگلیسی به نام جان هاتر در سال ۱۷۹۹ گزارش در این زمینه به دولت انگلستان دارد و در فرانسه ده مورد تلقیح مصنوعی در زنان انجام گرفت که قدیمی ترین آنها را مربوط به سال ۱۸۳۸ دانسته اند. ده سال بعد یکی از دانشمندان فرانسوی به نام **Cerard** گزارش داد که از ۷۲ زنی که تلقیح مصنوعی شده اند ۴۱ نفر آنها از این طریق باردار گردیده اند و تقریباً از سال ۱۹۱۴ موضوع تلقیح مصنوعی کاملاً توجه پزشکان و علما را به خود معطوف داشت. در سال ۱۹۱۴ دکتر جامسیون پزشک انگلیسی مقیم مصر شنیده بود که در میان بدویان، طریقه ای برای معالجه زنان عقیم وجود دارد که گاه منجر به آستن شدن زنها و گاهی منتهی به فوت آنها می گردد. شیوه کار چنین بود که زنان بدوی به قطعه ای از پشم افسون می خواندند و بعد آن را به زنان نازا میدادند تا به رحم خود بمالند و معتقد بودند که زن حامله میشود یا می میرد. این پزشک پس از تحقیقات بیشتری دریافت که زنان بدوی پشم را به نطفه مردان آغشته و سپس آن را به زن عقیم می دهند تا استعمال نماید که علاوه بر نطفه مقدار زیادی از میکروبهای مضر موجود در پشم وارد رحم زن می شود و اگر زن بنيه قوی داشت در مقابل میکروبها مقاومت می کرد و الا از پای در می آمد و تلف می شد. دکتر جامسیون پس از خاتمه جنگ جهانی اول به انگلستان مراجعه کرد و در صدد بر آمد به وسیله تلقیح مصنوعی - که قبلاً آزمایش شده بود و بدویان و صحرائشینان نیز به عنوان ورد و جادو از آن استفاده می کردند هزاران زن را که آرزوی مادر شدن داشتند بارور کند. او بوسیله لوله آزمایش اسپرم مرد را به رحم زن منتقل می کرد گاهی به علت بی ثمر بودن منی شوهر، از اسپرم مردان بیگانه استفاده می نمود. رواج تلقیح مصنوعی در انگلستان و هجوم زنان بی فرزند به بیمارستانهای لندن موجب شد که موضوع تلقیح مصنوعی در مجلس عوام انگلستان مطرح و وزیر بهداشتی وقت استیضاح و دولت تخطئه گردد که چرا اطفال متولد شده از طریق تلقیح مصنوعی را مانند سایر اطفال شرعی و قانونی به ثبت می رسانند. (علوی قزوینی، ۱۳۸۰)

در دهه های سال ۱۹۷۵ میلادی در برخی موارد شاهد عفونت های این ناحیه بودیم که نهایت در آن زمان جراحان ابتدا تصمیم به گشودن این دهانه کردند و با استفاده از میکرو جراحی تلاش می کردند این دهانه را باز کنند اما به رغم این که در بسیاری موارد عمل جراحی خوب و موفقی انجام می شد و از ادوات و وسایل خوبی برای آن کمک گرفته می شد، می بایست این عمل را چندین بار روی این قبیل زنان انجام داد. ایده استفاده از باروری مصنوعی (داخل لوله آزمایشگاهی) در اصل به اواخر قرن ۱۹ اما به روی حیوانات باز می گردد. در آن زمان بسیاری در این فکر بودند که از یک زوج اسپرماتوزوئید و تخمک را گرفته، آنها را در آزمایشگاه بارور سازند و بعد از تشکیل جنین زمانی که اندازه آن یک دهم میلی متر است آن را داخل رحم قرار دهند و به این ترتیب دهانه رحم را که مسدود شده است را باز کنند. پرفسور «باب ادوارد» برای اولین بار در

سال ۱۹۷۸ م این ایده را عملی کرده. با پیشرفت علم و استفاده از تکنیک برتر، نخستین نوزاد آزمایشگاهی به نام «لوئیز برون» در سال ۱۹۸۷ میلادی در لندن با تلاش دکتر استیتو و همکارانش به دنیا آمد. در پی این موفقیت متقاضیان زیادی به استفاده از این روش روی آوردند به طوری که در سال ۱۹۸۸ میلادی تنها در کشور انگلستان حدود ۹۵۶۰ کودک از طریق باروری خارج رحمی I.V.F متولد شدند. همچنین در ایالات متحده آمریکا بیش از ۴۰۰۰ سیکل (Assisted Reproductive ART Technologies) انجام گرفته که در عمل منجر به ۸۷۴۱ وضع حمل شده است که ۵۱۰۳ مورد آنها از طریق I.V.F بوده است. (موسوی جمالی، ۱۳۸۲)

امروزه این متد به قدری در جهان رایج شده که اکنون تقریباً کشوری را نمی توان یافت که در آن این روش اجرا نشود و جالب اینجاست که این روش که در آغاز راه حلی برای مسدود بودن دهانه رحم تلقی می شد. امروزه به عنوان راه حلی مؤثر برای موارد متعدد نازایی به کار می رود به ویژه در موارد نازایی مردان، آن دسته از مردانی که حجم اسپرماتوزوئید تولدی آنها کم است، کافی است که یکی از اسپرماتوزوئیدها را در آزمایشگاه با تخمک زن لقاح دهیم، سپس جنین به وجود آمده را داخل رحم قرار دهیم.

### سیر قانونی

مداخله شخص ثالث در تولید مثل مصنوعی انسان که در سایه پیشرفتهای عظیم علمی و با بهره گیری از اسپرم، تخمک یا جنین اهدایی و استفاده از مادر جانشین امکانپذیر گردیده، باعث بروز مباحث جدیدی در حقوق خصوصی به ویژه حقوق خانواده شده است. این روشها موسوم به وضعیت تلقیح مصنوعی با اسپرم بیگانه، حالت مادر جانشین و حالت اهداء تخمک یا جنین می باشند. (نایب زاده، ۱۳۸۰)

آنچه مسلم است بهره برداری از این روش ها ولو اینکه در پاره ای موارد ممکن است منجر به طرح مسایل حاد در قلمرو فقه و حقوق گردد، چنان عواقبی را در پی خواهد داشت که توافق و اجماع علمای رشته های مزبور دور از انتظار است. لذا بشر در کنار پیشرفت علم پزشکی و ارایه روشهای مذکور، ضرورت وضع قانون برای رسیدن به یک نظر و ملاک عمل واحد را نیز احساس نمود. لیکن در برخی از کشورها هنوز این امر به عنوان یک زنگ خطر برای قانونگذار به صدا در نیامده است و خیل رو به افزایش جمعیت ناشی از این دستاورد بشری را سرگردان و بلا تکلیف به حال خود وانهاد است. (موسوی جمالی، ۱۳۸۲)

با کمال تأسف اکثریت کشورهای اسلامی در زمره کشورهایایی قرار دارند که تا کنون اقدام به تدوین قانونی در این خصوص ننموده اند. هر چند که شورای مجمع فقهی سازمان کنفرانس اسلامی، نمایندگی فقهی کشورهای عضو، دیدگاههای شرعی خود را طی مصوبه ای در سال ۱۳۶۵ ش (۱۹۸۶ م) پیرامون صور متعدد باروری های مصنوعی بیان نمودند، لیکن این امر خلاء قانونی کشورها را بر نمی تابد و قطعاً تا زمانی که اختلاف نظر علمای هر دین در این باب حل نشود، معضلات حقوقی برطرف نخواهد شد.

بررسی ها نشان می دهد که کشورهای مختلف، حتی جوامع پیشرو در این عرصه ها، که تکنیک های مزبور در آنجا رایجتر و گسترده تر است، به یک نحو با آن برخورد نکرده اند. در نتیجه راه حلها هم به نحو قابل ملاحظه ای مختلف است. در اینجا تلاش می شود تا یک جمع بندی بسیار مختصر از وضعیت حقوقی این تکنیکها در کشورهای مختلف ارائه شود تا راهگشای محققین و دانشجویان حوزه و دانشگاه در مطالعاتشان باشد. در این ارتباط می توان کشورها را به چند دسته تقسیم نمود:

۱- جمع قابل توجهی از کشورها فاقد مقررات خاص در رابطه با تکنیکهای ART اند. علی هذا وضعیت حقوقی اهداء اسپرم، تخمک و جنین و طفل حاصل در این کشورها روشن نیست. کشورهای اسلامی تقریباً در این مجموعه قرار می گیرند.

البته در خصوص کشورهای اسلامی، شورای مجمع فقهی سازمان کنفرانس اسلامی کنگره ها و سمینارهای متعددی برگزار و در آن نمایندگان فقهی کشورهای عضو، دیدگاههای شرعی خویش را عرضه و در نهایت طی مصوبه ای به تاریخ ۱۳۶۵ (۱۹۸۶) پیرامون صور متعدد تلقیح مصنوعی اعلام موضع کردند. البته این تصمیمات تا کنون در قوانین داخلی کشورهای عضو سازمان انعکاس نیافته است. در کشور مصر به طور مشخص، هیأت مشاورین اسلامی در سال ۱۹۸۰ و شورای اتحاد اسلامی در سال ۱۹۸۵ نظریات فقهی خویش را در دولت مصر اعلام نموده است. (جعفرزاده، م، تهران، ۱۳۷۷) که تا این زمان باید تحقیق بیشتری و تازه تری صورت پذیرد که آیا این کشور و سایر کشورهای عضو کنفرانس اسلامی این نظریات را در قوانین داخلی خود منعکس کرده اند یا نه؟ که ما به آن نخواهیم پرداخت در ادامه راجع به ایران جداگانه تاریخچه مختصری را بیان خواهیم کرد.

۲- گروه دیگری از کشورها گرچه فاقد قوانین خاصند، ولی دستورالعملهای توصیه ای و راهنماییهای اختیاری از سوی مراکز و سازمانهای تخصصی تنظیم شده و در اختیار مراکز فعال در امر ART قرار گرفته است. در برخی از این کشورها طرحها و لوایح قانونی تهیه یا به مراکز قانونگذاری پیشنهاد شده است.

کشورهایی نظیر بلژیک، ایتالیا، پرتغال، سوئیس، یونان، فنلاند، اسرائیل، کانادا و آمریکا مسلماً از سال ۱۳۷۷ شمسی تا کنون پیشرفت هایی در ارتباط با قانونگذاری در همه کشورهای من جمله کشورهای اروپایی و امریکائی که نام برده شد صورت پذیرفته که ذیلاً به پاره ای از این پیشرفتها اشاره می شود:

در فرانسه هنوز هم با وجود محدودیت هایی که برای معالجه نازایی توسط قانونگذار ایجاد شده، روند به کندی پیش می رود و قانونگذار چاره ای جز ایجاد محدودیت پیش راه خود نمی بیند. به منظور جلوگیری از گسترش نابسامانی در امر قضاء قوانین دست و پاگیری فرا روی اینگونه معالجات گذاشته شده. هر چند در این کشور نیز باروری به خاطر تقاضای زیاد و امکانات غیر قابل توجه بسیار زمان می برد.

ایتالیا از جمله کشورهایی است که تلقیح مصنوعی در آن ممنوع و غیر قابل قانونی است. به ناچار تا الان زوجهای نازی ایتالیایی برای تلقیح مصنوعی به خارج از ایتالیا از جمله بلژیک، نروژ مراجعه می کنند. اخیراً برخی مراکز خصوصی تصمیم به حل این مشکل گرفته اند. واتیکان از جمله مخالفان سر سخت تلقیح مصنوعی است. چندی پیش در هلند قانونی تصویب شد که بر اساس آن مردانی که به آزمایشگاهها اسپرم اهداء می کنند تا همسر مردان عقیم از آن استفاده نمایند حق ندارند بصورت گمنام دست به این کار بزنند و باید نامشان ثبت شود. پس از آن بچه ای که تولید می شود حق دارد که مرد مورد نظر را بعنوان پدر خود انتخاب کرده و حتی صاحب ارث و میراث او شود. ایتالیا، سوئیس و آلمان محدودیت های بسیاری دارند.

۳- گروه دیگری از کشورها به تصویب قوانین خاص در خصوص ART اقدام نموده و به موجب آن مسائل ناشی از به کارگیری این تکنیکها را از جهات تخصصی و حقوقی تنظیم کرده اند. کشورهایی نظیر اتریش، آلمان، نروژ، سوئد، دانمارک، هلند، فرانسه، اسپانیا، انگلیس و استرالیا (البته در برخی از ایالات آن) و برخی از کانتن های سوئیس در این مجموعه قرار می گیرند. البته در این کشورها از آنجا که تکنیک IUI از قدمت بیشتری برخوردار است قوانین ناظر بر آن هم گسترده تر و قدیمی تر است. ولی تکنیک های GIFT، ZIFT، IVF، ICSI که زمینه انتقال تخمک و جنین اهدایی را فراهم ساخته اند، به دلیل اینکه از عمر آنها بیشتر از دو دهه نمی گذرد، قوانین ناظر به کارگیری آنها هم بسیار جدید است. در این میان برخی کشورها مقرراتی را برای به کارگیری این تکنیکها به طور خاص وضع یا در ضمن مجموعه قوانینی عامتر تدوین کرده اند. ولی در میان آنها قوانین دو کشور اسپانیا و انگلیس از جامعیت بیشتری برخوردار است. (علوی قزوینی، ۱۳۸۰)

در ایران گرچه تا پیش از این هم قانونگذار ایرانی و سایر مراجع ذی صلاح استقبال به موقعی نسبت به این امر نشان ندادند فقط در این ارتباط مجمع فقه اهل بیت در یک جمع بندی نهایی در ۱۴ بند نظریات فقهی خود را درباره صور مختلف تلقیح مصنوعی در سال ۱۳۷۳ در مجموعه مسائل مستحدثه منتشر نمود که البته همان جمع بندی این نظریات نیز حکایت از

اختلافات فتوایی در رابطه جواز و عدم جواز استفاده از اسپرم، تخمک و جنین اهدایی برای بقاء نسل زوجین نابارور و مسائل حقوقی - فقهی ناشی از این حاملگی ها داشت. ناگفته نماند حتی بیش از افتتاح اولین مرکز درمان ناباروری در ایران (۱۳۶۸-۱۳۶۷) نیز بسیاری از علماء و پزشکان ایرانی به درمان زوجهای نابارور علاقه بسیاری نشان می دادند. اما با گذشت زمان و پیشرفت های علمی انجام گرفته ایران به قطب اینگونه درمانها در خاورمیانه مبدل شده و با توجه به شیعه بودن اغلب ایرانیان و موافقت اکثر علمای شیعه با درمانهای نوین باروری، قانونگذاری در این مورد و نیز انجام پژوهش در زمینه های مختلف مذهبی، اخلاقی، جامعه شناسی و فقهی - حقوقی مربوط به اینگونه درمانها اهمیت ویژه ای یافته است. سال ۱۳۷۷ مبحث تولید مثل در دستور کار مجلس پنجم قرار گرفت و رایزنی های وسیعی با کمیسیون قضایی انجام شد و نهایتاً یک طرح اولیه آماده شد و ۱۱۰ نماینده مجلس نیز آن را امضاء نمودند و به شورای نگهبان رفت و پس از تصویب در شور دوم مجلس و بعد از انجام اصلاحاتی به تصویب نهایی مجلس رسید و در سال ۱۳۸۲ نیز قانونی در ارتباط با اهدای جنین به زوجین نابارور در مجلس به تصویب رسید. هر چند در این قانون خیلی از مسائل پیش بینی نشد اما در همین حد نیز قانونگذار گام مهمی برداشته است. تحت شرایطی عمل لقاح خارج رحم و تشکیل جنین در آزمایشگاه و انتقال به رحم در این قانون پذیرفته شده است. به دلیل اینکه تعدادی از فقها با آن موافق بودند و شورای نگهبان نیز آن را پذیرفته است. در این قانون پنج ماده و یک تبصره بیشتر وجود ندارد و خیلی از مسایل را جواب نمی دهد و شاید با توجه به اینکه نویسندگان آن نمی توانستند قانون را باز کنند تحول و پیشرفت خوبی محسوب می شود. آنچه مسلم است خیلی از افراد در آرزوی داشتن فرزند هستند که از طریق این قانون مشکل آنها قابل حل خواهد بود. البته تا رسیدن به مقصد، باید مسافت زیادی را پیمود.

### مسائل پزشکی لقاح طبیعی و تلفیح مصنوعی

#### مسائل پزشکی لقاح طبیعی

لقاح طبیعی در زن و مرد شامل حرکت اسپرم مرد به سمت تخمک زن درون رحم زن در مدت زمان تخمک گذاری و بارور کردن آن تخمک همراه با یک سری فعل و انفعالات پیچیده می باشد این عمل با همه پیچیدگی هایش ظاهراً ساده به نظر می رسد. چون همه ما به آن عادت کرده ایم روزی هزاران حاملگی در اطراف ما اتفاق می افتد و به احتمال زیاد ما خود نتیجه چنین حاملگی های طبیعی هستیم. در زن دهانه رحم، رحم لوله های رحمی (لوله های فالوپ)، تخمدان و تخمک نقش اساسی را در سیستم تولید مثل دارند. در مرد بیضه ها، اپیدیدیم، وازدفران، غدد سمینال، غدد پروستات و اسپرم (سلول جنسی مرد) نقش اصلی را ایجاد می کنند. شاید ذکر این نکته مهم باشد که سلول جنسی ماده با محتویات ژنتیکی آن، تنها قادر به لقاح با سلول نر انسان است و همینطور سلول جنسی نر تنها قادر به لقاح با تخمک از گونه و جنس انسان است. هیچ پستانداری غیر از انسان قادر به باروری سلول جنسی ماده انسان نیست و عکس این موضوع نیز صحیح است و تا کنون نیز هیچکس ادعای خلاف این را اثبات نکرده است و این بطور طبیعی با قدرت پروردگار در نهاد بشر قرار داده شده تا انسان، انسان باقی بماند.

و اما گاهی ممکن است این لقاح طبیعی به دلایلی اتفاق نیفتد که دلایل آن بسیار و متفاوت از همدیگرند که با پیشرفت علوم تا کنون این بیماریها به موارد ذیل دسته بندی شده اند:

الف - برخی که مربوط به زنان هستند عبارتند از :

۱- عفونتهای دستگاه تناسلی

۲- افزایش سن و گذشت دوره توان باروری

۳- صدمات عصبی ناشی از داروهای الکلی و مواد مخدر

- ۴- اثرات یک شیمی درمانی و رادیوتراپی
- ۵- اثرات بد سموم شیمیایی و عوامل محیطی
- ۶- بیماریهای لگنی، شامل: رخمها، التهاب، عفونتها، تومور و نقایض مادرزادی
- ۷- صدمات و آسیب های رسیده به تخمدان
- ۸- صدمات و آسیب های لایه درونی رحم (آندومترיום)
- ۹- عدم وجود رحم با نقایض مربوط به اندازه و شکل رحم که باعث وجود رحم غیر طبیعی می گردد.

### مباحث فقهی تلقیح مصنوعی

ابتدا قبل از هر گونه بحثی در رابطه با حکم تکلیفی انواع روشهای تلقیح مصنوعی باید روشن کنیم که آیا اصولاً اهداء خرید و فروش نطفه جنین چه مرد و چه زن در حقوق اسلام قابل پذیرش است یا خیر؟ ما فرض می کنیم که طبیعتاً تلقیح مصنوعی در بعضی حالات آن یکی از این دو روش جهت باروری اتفاق می افتد. تا به حال کمتر راجع به این مقوله در مقالات و کتب تألیفی در این زمینه پرداخته شده. در حقوق اسلام قانونی است به نام ممنوعیت خرید و فروش شیء نجس که زیر مجموعه مکاسب محرمة قرار می گیرد..

از قدیمی ترین متونی که در توضیح این قانون می تواند به آن رجوع کرد و به شرح و بسط این مسأله بیشتر از دیگران تا زمان خودش پرداخته است. کتاب مکاسب محرمة مرحوم شیخ انصاری است. ایشان در بخش مکاسب محرمة از کتاب مکاسب خود چنین فرموده اند: که خرید و فروش منی به دو دلیل حرام است:

اول؛ به دلیل اینکه عین منی نجس است.

دوم؛ چون فایده عقلایی ندارد و اگر بیرون بریزد که حتماً فایده ای بر آن مترتب نیست.

به طور واضح این دو دلیل باطل است زیرا با علم امروزه بشر بدون تماس با منی آن را به رحم دیگری متصل می کند و فایده عقلایی نیز بر آن مترتب شده است. تنها دلیلی که می ماند تعبد است. که تعبداً از طرف شارع خرید و فروش آن را حرام اعلام کنیم.

پس حدیث حرمت بیع نجس شامل منی و تخمک نمی شود.

اکنون هر کدام از صور تلقیح مصنوعی را همراه با ابهامات و ایرادات حقوقی و دینی آن بیان می کنیم.

تلقیح اسپرم شوهر به همسر خود از جهت احکام تکلیفی چه صورتی دارد؟ به دلایل متعدد پزشکی در اثر بعضی اختلالات جسمی مرد ممکن است انتقال اسپرم مستقیماً یا غیر مستقیم از طریق دهانه یا گردن رحم امکانپذیر نباشد که در این صورت پزشکان راه هایی دارند که اسپرم مرد را به وسیله دستگاه مخصوص بدون فعل حرام می توانند به رحم همسر قانونی او منتقل نمایند. این روش فی حد نفسه، مسلماً مشمول اصله الاباحه است و جایز است و تکلیف زن و شوهر مشخص است و قانون هیچ گونه ابهامی در این زمینه باقی نگذاشته است که مشخصاً فرزند متعلق به زن و شوهر است و ابهامی در این روش نیز باقی نمی ماند. در عین حال برخی از فقها چون مرحوم آیه ... بروجردی و آیه ... میلانی این حالت را نیز محل اشکال دانسته اند. اگر گروهی از فقها در به کارگیری این روش ابهامی دارند احتمالاً به جهت بیم از ارتکاب کارهای مقدماتی حرام نظیر اخذ تخمک از زن توسط نامحرم و یا اخذ اسپرم به روش غیر مجاز بوده است در حقوق فعلی ایران و حقوق خارجی به این عمل به دیده یک روش درمانی نگریسته و نیازی به وضع مقررات در این زمینه نمی باشد. (موسوی بجنوردی، ۱۳۸۲)

و بر اساس قاعده فراش که بعداً توضیح خواهیم داد حقوق بین فرزند و والدین را قانون مشخص کرده است.

صورت دوم: تلقیح اسپرم مرد به رحم زن بیگانه:

دو حالت دارد:

حالت اول: زنی که نطفه مرد اجنبی به او تزریق می گردد، دارای شوهر باشد.

حالت دوم: زنی که نطفه مرد اجنبی به او تزریق می گردد، دارای شوهر نباشد. این فرض محل بحث ما زمانی است که طفلی از او به دنیا بیاید و بخواهیم آن طفل را به کسی نسبت دهیم والا در حالت عادی احکام تکلیفی آن مانند نکاح رسمی باید باشد و بدون جاری شدن صیغه محل بحث نیست.

حالت اول: آیا زن با وجود داشتن شوهر به علت عقیم بودن شوهر خود می تواند از اسپرم مرد دیگری بصورت آزمایشگاهی استفاده کند؟ جواب: از نظر شرعی برخی فقها قائلند به اینکه اصل عمل حرام است به دلیل اینکه هدف از ازدواج و بقای نسل بشر نابسامان می گردد. (موسوی، ۱۳۸۲)

در توضیح المسائل حضرت آیه ... خوئی آمده است: جایز نیست نطفه و منی مرد اجنبی را به زنی تلقیح و تزریق نمایند و فرقی نمی کند عمل تلقیح به وسیله شخص اجنبی انجام بگیرد یا به وسیله شوهر خود. در کتاب «المسائل المستحدثه» آمده است: «فالاظهر عدم جواز التلقیح بنطفه رجل اجنبی» (همان) در تحریر الوسیله آمده است: تلقیح نطفه مرد اجنبی جایز نیست خواه زن شوهر داشته باشد، خواه نه. خواه زوج و زوجه به این امر راضی باشند خواه نه و همچنین فرق نمی کند زن از محارم صاحب نطفه باشد، خواه نباشد. (همان)

«... یا گاهی اوقات سؤال می کنند که آیا می شود نطفه مرد اجنبی را در رحم یک زنی که زن او نیست اجنبیه است قرار بدهند؟ ببیند این با این هدف کلی شارع مخالف است، زیرا شارع می خواهد نسل معین باشد، این بچه ای که به دنیا می آید، پدر و مادر او کاملاً مشخص باشد. اصلاً یکی از علت ها و حکمت های حرمت زنا همین است، که اگر زنا در جامعه رایج باشد دیگر اصلاً مسأله نسل و اینها بطور کلی از بین می رود و هیچ این نسل مشخص نیست که این بچه متعلق به چه کسی است، تهدید کننده نسل بشر و جامعه بشری است، غیر از اینکه نظام خانواده را از بین می برد، غیر از این که سلامت را از بین می برد، غیر از اینکه مشکلات دیگری که شاید حالا هنوز خیلی شان روشن نیست بوجود می آورد، اما یکی از مشکلاتش هم همین است، بنابراین از اهداف مهم خداوند در جعل یک شریعت این است که این نسل باید محفوظ بماند، روی این قاعده ما الان می توانیم ببینیم بگوییم که به حسب حکم اولی قرار دادن نطفه یک مرد اجنبی در رحم یک اجنبیه حرام است و جایز نیست. دیگر نیازی به عنوان ثانویه نداریم. قرار دادن نطفه مرد در رحم زن اجنبیه و همچنین جنین متکون از نطفه غیر زوج جایز نیست. (فاضل لنکرانی، ۱۳۸۵)

«... با توجه به آیات و روایات و ارتکازات متشرعه و احکام شرعیه برای فقیه اطمینان حاصل می شود که طریق مشروع تولید نسل و تحصیل ولد فقط منحصر به ازدواج شرعی است و در مواردی که بدون ازدواج حکم به الحاق فرزند به پدر و مادر شده است، عدم عمد و معذور بودن آنها مدخلیت دارد و این صورت تلقیح صناعی در عرف متشرعه یا احکام رضاع و محرمات بالمصاهره و حرمت جمع بین اختین و اصل ازدواج شرعی که منحصر در عقد داریم و منقطع است، مغایرت دارد و اگر در بعض این موارد به همه آنها بالانفراد اشکال شود، از مجموع اطمینان به عدم جو از حاصل است.» (صافی گلپایگانی، م)

«تلقیح نطفه مردی به زوجه دیگری، جایز نیست، خواه طرفین راضی باشند یا نباشند.» (سبحانی، ج)

«تلقیح نطفه غیر زوج، مشترکاً و منفرداً، از باب لزوم احتیاط در فروج و اطلاق آیه شریفه «و الذین هم لغروجهم حافظون» حرام است» (مرعشی شوشتری، ۱۳۷۵)

«تلقیح منی غیر شوهر به رحم زن حرام است» (مجمع فقه اهل بیت (ع))



« این کار زنا محسوب نمی شود و از عناوین محرمه هم که در شرع حرام شده باشد نیست، لذا بر اساس اصل اصاله الاباحه جایز است» (موسوی بجنوردی، ۱۳۸۲)

«تلقیح اجنبی به رحم زن، فی نفسه موجبی برای منع ندارد، ولی از مقدمات حرام باید اجتناب نمود» (خامنه ای، ۱۳۷۵)

در مجموع در بین مراجع و فقهای گذشته هیچ اختلاف نظری درباره حرام بودن تلقیح اسپرم غیر شوهر وجود نداشته و از آیات عظام مرحوم آیت ... بروجردی، امام خمینی، خوئی، گلپایگانی و اراکی (رحمه ...) فتاوی صریحی در این مورد صادر گردید، ولی در بین مراجع جدید در این باره اختلاف اجتهاد و نظر وجود دارد. جمعی از مراجع و فقیهان مانند: آیات عظام صافی گلپایگانی، فاضل لنکرانی، مکارم شیرازی، شیخ جواد تبریزی، بهجت، منتظری، موسوی اردبیلی، نوری همدانی، صانعی، یحیی نوری، مدنی تبریزی، سیستانی، سبحانی و... فتاوی صریح درباره حرام بودن این عمل صادر کرده اند. (روحانی علی آبادی، ۱۳۸۰)

برخی نیز مانند: آیه ... خامنه ای، آیه ... سید محمد موسوی بجنوردی این عمل را جایز می دانند.

و اما از نظر فقهی این نوع باروری اگر صورت گرفت دو حالت دارد:

الف- با زن به عمل لقاح جاهل است که در این حالت بنا به نظر اکثریت فقها، طفل حاصل از این عمل در حکم ولد شبهه بوده و در نتیجه به مادر ملحق می باشد.

ب- یا زن به عمل لقاح آگاه است: که در این حالت زن به عدم رابطه زوجیت بین خود و دهنده اسپرم آگاهی دارد بنا به عقیده بعضی از فقها و همچنین برخی حقوقدانان طفل حاصل، در حکم ولد الزناست و ما می دانیم ولد الزنا ملحق به زانی نمی شود.

اما از آنجائیکه تلقیح مصنوعی را به هیچ وجه به عنوان زنا نمی توان اثبات کرد از این رو برخی از فقهای معاصر حکم به الحاق طفل به مادر داده اند. به عقیده این عده، انعقاد نطفه هر چند که به صورت حرام و غیر مشروع صورت گرفته باشد در غیر مورد زنا به علت فقدان دلیل شرعی طفل ملحق به مادر می شود زیرا فقط در زنا است که نفی ولد می شود و دلیل دیگری که می آورند عموم آیه « ان امهانهم الا اللاتی ولد نهم » (سوره مجادله آیه ۲) می باشد.

فقهای اهل سنت نیز عمدتاً این عمل را حرام می دانند، دکتر یوسف القرضاوی در کتاب الحلال و الحرام فی السلام این نوع تلقیح مصنوعی را حرام دانسته و از شیخ شلتوت نقل کرده که گفته است: در این عمل جرمی زشت و گناهی بزرگ است که با زنا یک ماهیت دارد و نتیجه اشان که همانا نهان آب مرد بیگانه در رحم زنی که بین آنها عقد زوجیت شرعی نیست یکی است. (مهرپور، ۱۳۸۰: ۸۷)

### تلقیح مصنوعی و حقوق جزا

آیا تلقیح مصنوعی با اسپرم شوهر به لحاظ جنبه کیفری جرم محسوب می شود و چرا؟

جواب: تلقیح مصنوعی با اسپرم شوهر که به آن (A.I.H) یا Artificial Insemination With Husband Semen گفته می شود امروزه مشکل حقوقی ندارد و از لحاظ نسب و آثار و تبعات آن جرمی ایجاد نمی کند. طفل حاصل از آن متعلق به زن و شوهر است و در حقوق ایران که برگرفته از حقوق امامیه است افراد آن تحت پیگرد قرار نمی گیرند مگر در حالتی که در طریق انجام این روش جرمی صورت گیرد از قبیل: تعویض اسپرم، تفصیر پزشکی و کادر پزشکی و غیره که فقط همان عمل جرم محسوب می شود نه اصل عمل تلقیح.

آیا تلقیح مصنوعی با اسپرم غیر شوهر در حقوق کیفری ایران جرم است یا خیر و چرا؟

جواب: طبعاً با توجه به عدم وجود قانون مصوب در این زمینه دو دیدگاه مطرح را در این باره به بحث می نشینیم. دیدگاه نخست: دیدگاه کسانی که این عمل را هر چند زنا به حساب نمی آورند لکن معتقدند به خاطر وجود مفاسد اجتماعی و غیر اخلاقی بودن این عمل باید ممنوع به شمار آورد تا خانواده و در نهایت جامعه دچار تبعات منفی آن نگردد. دکتر حسین

مهرپور معتقد است: « این عمل هر چند زنا محسوب نمی شود ولی نفس قرار دادن اسپرم مرد بیگانه در رحم زنی که با او علقه زوجیت ندارد و حتی در علقه زوجیت مرد دیگری است یک عمل غیر اخلاقی و غیر شرعی است و آثار و تبعات ناگواری برای خانواده ها و جامعه دارد و لذا باید ممنوع باشد.» (علوی قزوینی، ۱۳۸۰)

خود ایشان اما در ادامه می افزاید: « از لحاظ قوانین موضوعه جمهوری اسلامی ایران، قانون مدونی که عمل مزبور را منع کند یا آن را مجاز بداند نداریم. برخی از حقوقدانان خواسته اند اثبات کنند که با توجه به مسلم بودن حرمت شرعی این عمل وفق فتاوی فقها، باید در مقام سکوت قانون به این امر استناد کرد و آن را ممنوع دانست. ولی چنانچه دیدیم با توجه به فتاوی جدید چندان نمی توان بر مسلم بودن حرمت شرعی آن اتکا کرد و بدان اعتبار آن را ممنوع دانست. البته اگر از لحاظ شرعی مسأله نسبت و چگونگی انتساب فرزند ناشی از لقاح مصنوعی روشن نشود و نتیجتاً به حفظ نسل و طهارت و پاکی آن که مورد تأکید اسلام است لطمه وارد آید، حکم به جواز خالی از اشکال نیست» (همان)

چنانچه ملاحظه می کنید این دیدگاه در تعارض بین دو اعتبار است از طرفی اگر آن را ممنوع اعلام کند، یا اجازه فتاوی جدید برخورد می کند که آن را جائز می داند و اگر حکم به جواز آن بدهد، خط قرمزهای اخلاقی و اجتماعی به او اجازه چنین حکمی نمی دهد. بنابراین به نظر می رسد حقوقدان همچنان باید بر سر دو راهی نظاره گر باشد چون نمی تواند نظر قطعی خود در این باره اعلام نماید و نتیجه را بر به مرور زمان منوط می کنند.

دیدگاه دوم: دیدگاه کسانی است که پیشنهاد می کنند عمل تلقیح منی مرد اجنبی باید جرم محسوب شود و حتی برای تعیین نوع مجازات نیز پیشگام می گردد. این دیدگاه را آقای سید علی علوی قزوینی عضو هیأت علمی دانشگاه مفید قم در مقاله «آثار حقوقی تلقیح مصنوعی انسان» سال ۱۳۸۰ هـ ش بیان می دارد بدین مضمون: م.۶۳۸ قانون مجازات اسلامی (تعزیرات) مقرر می دارد. «هرگاه مرد و زنی که بین آنها علقه زوجیت نباشد، مرتکب عمل منافی عفت، غیر از زنا از قبیل تبذیر یا مضاجعه شوند، به شلاق تا نود و نه ضربه محکوم خواهند شد و اگر عمل با علف و اکراه باشد فقط اکراه کننده تعزیر می شود.» مطابق ماده فوق هر زن و مردی که بین آنها علقه زوجیت نباشد و مرتکب عمل منافی عفت شوند، اگر بار رضایت طرفین باشد تا نود و نه ضربه شلاق محکوم خواهند شد و در صورت اکراه فقط مکره محکوم می شود. حال آیا می توان ادعا کرد که تلقیح مصنوعی اسپرم مرد بیگانه به رحم زن اجنبی از مصادیق اعمال منافی عفت غیر از زنا محسوب می شود یا خیر؟ در صورت مثبت بودن جواب ناچاریم مثالهایی را که در متن قانون به عنوان مصادیق عمل منافی عفت غیر زنا ذکر شده است، بارزترین مصادیق اعمال منافی عفت غیر از زنا، محسوب کنیم، نه مصادیق انحصاری آن. با توجه به ظهور عرفی کلمه «اعمال منافی عفت» خصوصاً با ملاحظه تمثیل قانونگذار از این اعمال میتوان ادعا کرد که مقصود از اعمال منافی عفت غیر از زنا عبارت است از هر نوع رابطه مستقیم و غیر مشروع بین مرد و زنی که بین آنها علقه و زوجیت موجود نباشد. (مهرپور، ۱۳۸۰) بنابراین تلقیح مصنوعی مشمول عنوان اعمال منافی عفت نخواهد بود، زیرا در تلقیح هیچ گونه رابطه مستقیم و بلاواسطه بین زن و مرد اجنبی وجود ندارد. اصل تفسیر مَضیق مقررات جزایی نیز استدلال فوق را تأیید می نماید، زیرا مطابق ماده ۲ قانون مجازات اسلامی صناعی در هیچ یک از متون قانونی به عنوان جرم ذکر نشده یا برای آن مجازات یا اقدامات تأمینی یا تربیتی تعیین نگردیده است به حکم ماده فوق و اصل تفسیر مَضیق قوانین جزایی، تلقیح اسپرم مرد بیگانه به رحم زن جرم تلقی نمی شود، ولی از سوی دیگر طبق م ۳ آیین دادرسی مدنی در موارد سکوت و نبودن نص خاص، باید به عرف و عادت مسلم مردم مراجعه نمود و به نظر می رسد که عرف و عادت مسلم فعلی اکثریت مردم ایران، مقررات فقهی و دستورات اسلامی است که جنبه استمرار داشته و الزام وجدانی پیدا کرده است و مطابق شریعت مقدس اسلام و فقه امامیه، همان طور که قبلاً بیان شد، لقاح مصنوعی با منی مرد بیگانه ممنوع است. از این رو می توان گفت م ۳ قانون آیین دادرسی مدنی نسبت به م ۲ قانون مجازات اسلامی حاکم است و بدین جهت باید مطابق ماده ۳ قانون آیین دادرسی مدنی و با عنایت به عرف فعلی

مردم ایران، تلقیح منی مرد بیگانه به رحم زن اجنبی را جرم تلقی کرد و از نظر مجازات نیز به علت اینکه مقدار و نوع آن در قانون و شرع تعیین نشده است مطابق م ۱۰ قانون مجازات به نظر حاکم و اگذارده شود که البته این مجازات باید کمتر از مقدار حد باشد.»

این حقوقدان نظر قطعی خود را بیان نموده است. تنها اشکالی که به این دیدگاه وارد است اینکه صرفاً اجازه ندادن عرف فعلی مردم ایران اعم از پزشکی، اجتماعی، و... نمی تواند تعیین کننده باشد. کما اینکه به نظر این حقوقدان محترم طبق م ۳ آیین دادرسی مدنی در موارد سکوت و نبودن نص خاص باید به عرف و عادت مسلم مردم مراجعه نمود. به دلیل اینکه در عرف پزشکی اصل بر مخفیانه بودن انجام عمل تلقیح به بیگانه است و سایر شقوق اعم از تقلب در تزریق اسپرم شخص بیگانه پشیمان شدن شوهر از تزریق اسپرم خود و غیره همه زیر مجموعه و فرع عمل تلقیح اسپرم فرد بیگانه هستند. آیا به نظر شما صرف مخفیانه و محرمانه بودن انجام این عمل که تنها پناه مؤسسات پزشکی در علم باروری است می تواند راهگشا باشد؟ و آیا شما مخالفت اکثر علماء، امامیه در مخفی نگه داشتن اطلاعات از دهنده و پذیرنده اسپرم را مطلعید؟

پس نتیجه اعلام جرم این عمل به این قطعیت در دیدگاه شما نتیجه‌ای بجز این در بر ندارد که عرف مردمی به تبع از عرف پزشکی بطور مخفیانه و محرمانه به انجام این عمل مبادرت کند و باز هم نتیجه آن در عالم واقع بجز اختلاط نسلها چیزی نخواهد بود. پس پیشنهاد می شود صرفاً اعلام جرم برای این عمل و مجرمیت فرد اقدام کننده را به عنوان تنها راه حل مد نظر قرار ندهید. تازه شما مجازات را به دستور حاکم و کمتر از حد معرفی کرده اید. یعنی حتی کمتر از نود و نه ضربه شلاق مثلاً هفتاد و پنج ضربه شلاق اگر به نسبت مجازات را خیلی سنگین تر نیز در نظر می گرفتید نیز نتیجه همان بود که هست.

و اگر شما بفرمایید که مشکل بعداً از طریق مجاری کنترل مراکز آزمایشگاههای باروری و نازایی قابل حل است! خواهیم گفت: وقتی شاکی خصوصی پیدا نشود جرم کجا ثابت خواهد شد و اگر چند تا مرکز را تعطیل کنی دیگران این کار را خواهند کرد. پس در نتیجه این مشکل است و گذشت زمان صرفاً مشکلی را حل نمی کند بلکه تعداد بیشتری از افراد این عمل را تکرار می کنند. از طرف دیگر صرف سرد شدن روابط زن و شوهر عقیم و تهدید شدن نظام خانواده نمی تواند دلیلی برای اختلاط نسلها در آینده شود. در اینجا فقط دو راه می ماند: یا خانواده ها به فرزند خواندگی روی بیاورند که به نسبت مشکلات کمتری از نظر حقوقی به تلقیح اسپرم مرد اجنبی به زن شوهر دار دارد که این راه حل احتمالاً به نظر خانواده ها قدیمی است و خیلی افراد زحمت فرزند خوانده داشتن را به خود را نمی دهند و یا به دنبال ارضای حس پدر شدن یا مادر شدن هستند غافل از اینکه از چاله در آمده و به چاه می افتند.

و یا اهدای یا فروش اسپرم فقط تحت ضوابط خاص، برای افراد خاص و درج اطلاعات مورد نیاز از زوجین طبیعی و حکمی در مراکز پزشکی انجام شود.

**حقوق تطبیقی:** آنچه در پی می آید گزارش گونه ای است از قوانین و مقررات مربوط به کشور فرانسه تا بعضی جهات تشابه و افتراق با قوانین جمهوری اسلامی ایران باز شناخته شود. نمایندگان کنگره نهم بین المللی حقوق جزا معتقد بودند که تلقیح مصنوعی نباید جرم شناخته شود و قوانین جزایی کشورها نباید تلقیح مصنوعی را جز در موردی که زن راضی نباشد یا شوهر به این کار رضایت ندهد منع کنند. (مهرپور، ۱۳۸۰)

برخی از صاحب نظران آن را مخالف اخلاق حسنه و مضر به حال جامعه دانسته‌اند و از این حیث نظر به ممنوعیت آن داده اند؛ مثلاً در گزارش تقدیمی به آکادمی علوم اخلاقی و سیاسی فرانسه در تاریخ ۶ مه ۱۹۴۹ آمده است. «طفلی که بطور مصنوعی در خانواده‌ای بوجود آمده و از نام خانوادگی پدر مزبور بهره مند می گردد، آسایش و آرامش خانواده و زندگی زناشویی را متزلزل می گرداند...» (همان)

قانونگذار فرانسه برای پیشگیری از عواقب احتمالی در ۲۰ ژوئیه ۱۹۹۴ میلادی قانونی به تصویب رساند که به موجب آن اعطای اسپرم به صورت رایگان و الزاماً بی نام و مخفی خواهد بود و اعطا کننده ضمن اهداء، حق هرگونه دعوی نسبت را از

خود سلب می نماید. همچنین به موجب قانون مذکور متقاضیان استفاده از اسپرم اعطایی پس از طی مراحل و تشریفات قانونی مانند دارا بودن حداقل دو سال زندگی مشترک، احراز ناباروری بین زوجین، زنده بودن زوجین، دارا بودن سن قابلیت تولید مثل و اعلام و ثبت رضایت زوجین نزد قاضی با سر دفتر اسناد رسمی و سپردن تعهد مبنی بر عدم اقامه دعوی نفی نسب قادر به دریافت اسپرم فریز شده خواهند بود «در فرانسه تولید مثل مصنوعی با اسپرم تازه شخص ثالث ممنوع می باشد» (موسوی، ۱۳۸۲)

این مقررات ذیل دو فصل با عنوانهای: « کمک پزشکی به حاملگی و مقررات ویژه مربوط به اعطاء و استفاده از نطفه» آمده است. در قانون مدنی فرانسه نیز که مقررات روشنی در این زمینه وجود نداشت با افزودن دو ماه ۱۹-۳۱۱ و ۲۰-۳۱۱ در ژوئیه ۱۹۹۴ این امر تصویب و نسب حاصل از لقاح مصنوعی تحت شرایطی که در این دو ماده و مقررات مربوط به بهداشت عمومی به عمل می آید قانونی شناخته شد. در نتیجه بچه ای که به وجود می آید، نسبش به زن و شوهر می رسد و شخص ثالث که دهنده اسپرم است هیچ گونه رابطه نسبی با بچه ندارد و مسئولیتی نیز به عهده او نیست. به هر حال در فرانسه با تصویب این مواد قانونی در سالهای اخیر تفریح اسپرم مرد بیگانه به زن تحت شرایط و ضوابطی قانونی شناخته شد و آثار حقوقی نسب نیز به آن اضافه شد.

## اهداء تخمک یا جنین

### مسائل پزشکی اهداء تخمک یا جنین

نام اهداء تخمک یا جنین از آنجا اخذ شده که برای نخستین بار دریافت تخمک به صورت اهدایی بوده و امیدواریم حتی المقدور به همین شیوه ادامه پیدا کند. چون انسانیت با هیچ چیز قابل معامله نیست. اینکه فردی بتواند به هم نوع خود یاری برساند و او را از گرفتاری و غم نجات دهد بسیار ارزشمند است.

از همه اینها که بگذریم می دانیم که شکل گیری جنین ناشی از لقاح اسپرم « نطفه مرد » و تخمک « نطفه زن » می باشد. در مراحل رشد طبیعی چیزی حدود ۴-۵ روز طول می کشد تا جنین مراحل اولیه تقسیم را طی کند و بعداً در داخل رحم جایگزین شود و به روند زندگی خودش ادامه دهد تا بتواند یک نوزاد شود.

« علم و تکنولوژی جدید در ارتباط با بحث لقاح خارجی رحم توانسته زمینه را برای مشکلات و نقایص احتمالی اولیه ای که ممکن است در رابطه با اسپرم، تخمک و یا رابطه لقاح وجود داشته باشد و زن در دیواره و جداره تخمک مشکلی داشته باشد و یا آزادسازی تخمک توسط زن صورت نپذیرد و یا احیاناً بسته بودن لوله های مرد در ارتباط با آزاد شدن اسپرم به داخل تخمک مشکلی باشد و در نهایت مشکل اصلی در لقاح این دو باشد همه این موارد را می شود با **By Pass** کردن یک، دو یا چند مرحله حل کرد و امکان تشکیل جنین را ایجاد کرد.

این جنین نهایتاً در آزمایشگاه تشکیل می شود و بعد از دو روز به داخل رحم منتقل شده و پروسه طبیعی خودش را در رابطه با دوران بارداری و حاملگی طی می کند.

حال اگر مواجه شویم با موردی که اسپرم با اختلال مواجه بود، اسپرم نداشتیم و احیاناً به خاطر نقایص و دلایلی، اسپرماتوز متوقف بود، اولین راه حل جایگزین کردن اسپرم یا تخمک است. (مهرپور، ۱۳۸۰)

ساده ترین شیوه انتقال تخمک جنین I.V.F است. این شیوه از زمانی شروع شد که زوجی نمی توانستند صاحب فرزند شوند به ویژه زنانی که ساختار فیزیکی رحم آنها به گونه ای بود که امکان لقاح را نمی داد. و این دسته از زنان لوله رحمشان مسدود بود. در اینجا تخمک زن و اسپرم شوهر را بوسیله وسایل پزشکی و شیوه های خاص می گیرند و در آزمایشگاه لقاح می دهند و سپس وارد رحم زن می کنند. بعضی از جنین های ناشی از لقاح احتمالاً باقی می ماند. امروزه

این متد به قدری در جهان رایج شده که اکنون تقریباً کشوری را نمی توان یافت که در آن این روش اجرا نشود و جالب اینجاست که این روش که راه حلی برای مسدود بودن دهانه رحم تلقی می شد امروزه به عنوان راه حلی مؤثر برای موارد متعدد نازایی به کار می رود به ویژه در موارد نازایی مردان، آن دسته از مردانی که حجم اسپرماتوزوئید تولیدی آنها کم است، کافی است که یکی از اسپرماتوزوئیدها را در آزمایشگاه با تخمک زن لقاح دهیم، سپس جنین بوجود آمده را داخل رحم قرار دهیم.

مسأله دیگر، تک اهدایی است و آن موردی است که بعضاً مرد مشکلی ندارد ولی زن نمی تواند تخمک داشته باشد یا کیفیت تخمکش خوب نیست و بارور نمی شود. در اینجا بحث اهدای تخمک مطرح می شود. قبلاً نیز اشاره شد که عواملی از جمله نداشتن مادر زادی تخمدان، نارسایی زودرس تخمدان، جراحی و شیمی درمانی، امکان انتقال بیماری ژنتیکی از طریق تخمک خود به نوزاد، سقط جنین مکرر، عدم موفقیت در سیکل های مکرر لقاح خارج رحمی و افزایش سن باعث نازایی در زنان می شوند که روش درمانی اهداء تخمک قابل استفاده می باشد. در این باره تکنیکهایی در علم پزشکی در حدود دو دهه است که مطرح شده اند.

تکنیک GIFT: در این روش که یکی از انواع لقاح بیرون رحمی یا لقاح در لوله آزمایش می باشد، مشکل از جانب هر کدام از زوجین باشد باید نطفه ثلثی جایگزین نطفه او گردد پس از طی مراحل ویژه منتقل به رحم گردد. در نهایت یا اسپرم شخص ثالث به همراه تخمک خود زن به لوله رحم منتقل می شود یا تخمک شخص ثالث به همراه اسپرم زوج به لوله رحم منتقل می گردد.

تکنیک ZIFT: در اینجا نیز مانند شیوه GIFT عمل می شود. یعنی مشکل از جانب هر کدام از زوجین که باشد از شخص ثالثی باید نطفه گرفته شود. با این تفاوت که در اینجا با حالت ترکیب شده اسپرم با تخمک به رحم زن منتقل می شود.

تکنیک IVF: این تکنیک یکی از روشهای رایج تکنولوژی جدید باروری کمکی یا ART است. در اینجا همانطور که قبلاً نیز بحث شد، ترکیبی از اسپرم و تخمک در بیرون و در آزمایشگاه بصورت یک موجود زنده ۶-۸ سلولی که نه اسپرم است نه تخمک به رحم زن منظور منتقل می شود.

### مراحل انتقال جنین

انتقال جنین در چهار مرحله انجام می گیرد :

۱- گرفتن تخمک : بوسیله داروی مخصوصی تخمدان تحریک می شود، در نتیجه تعداد تخمک های رسیده زیاده می گردد. سپس توسط سوزنی مخصوص از طریق واژن به گرفتن تخمکها اقدام می شود. تخمکها را در خارج از بدن در محیط های مخصوصی کشت (محلولهای حاوی مواد غذایی) قرار داده و آنها را در داخل فضایی مخصوص (یک نوع یخچال مخصوص) قرار می دهند.

۲- گرفتن اسپرم: این عمل به طرق گوناگون انجام می شود : بعضی از آنها حرام (استمناء) و بعضی دیگر مجاز است ؛ مانند مثالهای زیر:

الف - شوهر در اثر تماس با همسر خود تحریک شده بدین وسیله نمونه اسپرم را گرفته در لوله های مخصوص می ریزند.

ب - از طریق سوزن از محل تجمع اسپرم روی بیضه نمونه تهیه می شود و در داخل لوله های مخصوص ریخته می شود.

(PESA)

ج - از طریق میکروسکوپی اسپرم از سر بیضه جدا می شود و در داخل لوله های مخصوصی قرار داده می شود.

(MESA)

- د - یک تکه از بیضه را جدا کرده در محط آزمایشگاه اقدام به جدا کردن اسپرم از نسج بیضه می‌شود. (TESE)
- ۱- پس از تهیه اسپرم آن را با تخمک مخلوط می‌کنند این عمل نیز با روشهای متعدد انجام می‌گیرد.
  - ۲- بعد از این مراحل در صورت موفق بودن عمل، تخمک لقاح یافته و جنین تشکیل می‌شود. در مرحله ۶ الی ۸ سلولی جنین‌ها داخل لوله مخصوصی (لوله انتقال دهنده) جمع شده، سپس از طریق واژن و دهانه رحم به داخ رحم انتقال می‌یابند. این عمل معمولاً ۴۸ ساعت پس از گرفتن تخمک صورت می‌گیرد. (قبله‌ای، ۱۳۸۷)
  - پس به طور خلاصه اغلب زوجین نابارور در موارد ذیل به انتقال جنین یا تخمک روی می‌آورند. (رضانیا معلم، ۱۳۸۰)
    ۱. وقتی که زوجه دارای رحم نباشد.
    ۲. به دنیا آوردن فرزند و انجام زایمان بی خطر و موفق برای زوجه ممکن نباشد، مانند اینکه دارای اختلاف رحمی یا سقط مکرر باشد.
    ۳. زوجه دارای اشتغال گسترده در بیرون از منزل یا مایل به حفظ تناسب اندام خود یا دلایل غیرطبی دیگری باشد که نخواهد حامله شود.
    ۴. زوجه فاقد تخمک یا دارای اشکال در تولید تخمک باشد.
    ۵. زوج فاقد اسپرم باشد.
    ۶. زوجین یا یکی از آن دو دارای بیماری‌های ژنتیکی غیر قابل درمان باشند.

#### رهنمودهای مربوط به انتقال رویان

هدف از IVF، به حداکثر رساندن میزان حاملگی و در عین حال به حداقل رساندن حاملگیهای چندقلویی و بویژه انواع high-order («پرتعداد»؛ سه قلویی و بیشتر) است. تا یک نقطه خاص، احتمال موفقیت با افزایش تعداد رویانها بیشتر می‌شود و پس از آن فقط خطر حاملگی چندقلویی افزایش پیدا می‌کند. پیروی از دستورالعملهای دقیق در مورد تعداد رویانهای منتقل شده (که در برخی از کشورها از طرف قانونگذار مشخص می‌شود) تعداد حاملگیهای چندقلویی را کاهش می‌دهد و احتمال حاملگیهای چندقلویی «پرتعداد» را منتفی می‌کند؛ با وجود این، پیروی از محدودیتهای دقیق باعث می‌شود تصمیم‌گیری فردی براساس ویژگیهای خاص هر فرد (سن، تعداد و کیفیت رویانها، وجود فرصت برای نگهداری رویانها در حالت انجماد و پیامد سیکلهای قبلی) و یا تعدیل براساس داده‌های بالینی جدید امکان پذیر نباشد. داده‌های حاصل از مراکز ثبت ایالات متحده، قویاً بر این نکته دلالت دارند که دستورالعملهایی که در آنها ویژگیهای منحصر به فرد هر فرد در نظر گرفته نمی‌شوند، به طور اجتناب ناپذیر، احتمال حاملگی را در بسیاری از زنان کاهش می‌دهند. بهترین راهنما برای تعیین تعداد بهینه رویانهای انتقالی در زنان دارای سنین مختلف و ویژگیهای بالینی متفاوت، داده‌های حاصل از هر برنامه (مرکز) خاص است. در صورتی که چنین داده‌هایی وجود نداشته باشند، می‌توان از رهنمودهای رایج شده توسط جامعه فن آوری کمک باروری (SART) و جامعه طب تولیدمثل آمریکا (ASRM) استفاده کرد. این رهنمودها که اولین بار در سال ۱۹۹۸ منتشر شدند، چندین بار براساس داده‌های تازه بالینی مورد بازنگری قرار گرفته‌اند؛ داده‌های بالینی مربوط به پیشرفتهای مداوم در زمینه ART نشان می‌دادند که می‌توان بدون تأثیر نامطلوب بر احتمال موفقیت، از رویانهای کمتری برای انتقال استفاده کرد. رهنمودهای منتشر شده در سال ۲۰۰۹، در جدول زیر به اختصار آورده شده‌اند. (اسپیراف، ۲۰۱۱)

رهنمودهای SART / ASRM (۲۰۰۹) در مورد تعداد رویانهای انتقال یافته

| پیش آگهی             | زیر ۳۵ سال | ۳۵-۳۷ سال | ۴۰-۳۸ سال | ۴۲-۴۱ سال |
|----------------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| رویانهای مرحله کلواژ |            |           |           |           |
| مطلوب*               | ۱-۲        | ۲         | ۳         | ۵         |
| تمام موارد دیگر      | ۲          | ۳         | ۴         | ۵         |
| پلاستوسیستها         |            |           |           |           |
| مطلوب                | ۱          | ۲         | ۲         | ۳         |
| تمام موارد دیگر      | ۲          | ۲         | ۳         | ۳         |

\* ویژگیهای پروگنوستیک مطلوب:

- اولین سیکل IVF
- کیفیت خوب رویان
- وجود رویانهای اضافی برای انجماد و نگهداری
- سابقه قبلی سیکل موفقیت آمیز IVF

ستن مادر و کیفیت رویان، مهمترین عواملی هستند که بر قابلیت لانه گزینی هر رویان تأثیر می گذارند. در مواردی که رویانهای مازاد باکیفیت برای نگهداری در انجماد در دسترس هستند و امکان انتخاب دقیقتر وجود دارد، می توان تعداد کمتری رویان را انتقال داد، چون در این موارد انتظار می رود کارایی لانه گزینی بیشتر باشد. به همین دلیل، نسبت به رویانهای مرحله کلواژ، در موارد استفاده از پلاستوسیست می توان رویانهای کمتری را منتقل کرد. زنان دارای بهترین ویژگیهای پروگنوستیک (سن زیر ۳۵، اولین نوبت IVF و یا موفق بودن IVF قبلی، رویانهای مازاد باکیفیت) در معرض افزایش خطر حاملگی چندقلویی قرار دارند و کاندیدای انتقال یک رویان واحد هستند. به طور کلی، بیشتر شواهد موجود نشان می دهند که برای دستیابی به تعادل بهینه بین میزان حاملگی و خطر حاملگی چندقلویی، باید برای انتقال از سیاست انعطاف پذیری که بر پایه سن مادر، کیفیت رویان و دسترسی به رویانهای مازاد با کیفیت استوار است، استفاده شود.

### حاملگی اجاره ای (نیابتی)

در زنانی که فاقد رحم عملکردی هستند، رحم اجاره ای فرصتی را برای دستیابی به کودکان ژنتیکی فراهم می کند. تکنیکهای انجام این کار هیچ تفاوتی با تکنیکهای مورد استفاده در سایر انواع ART ندارند، اما مسایل اخلاقی، قانونی و روانشناختی این روند پیچیده هستند.

در حاملگی اجاره ای (نیابتی)، رویان به رحم زنی که تمایل دارد به نیابت از زوج نابارور حامل حاملگی آنان باشد، منتقل می شود. رحم اجاره ای در زنانی که فاقد رحم هستند (به صورت مادرزادی یا به علت هیستروکتومی)، در زنانی که رحم آنان به طور جبران ناپذیری آسیب دیده است (ناهنجاریهای مادرزادی، چسبندگیهای شدید داخل رحمی) و یا در زنانی که حاملگی در آنان به دلیل ابتلا به بیماریهای طبی مخاطره آمیز است، کاربرد دارد. فرد پذیرنده، ممکن است از خویشاوندان یا دوستان و یا از افراد غیروابسته به زن و شوهر باشد و ممکن است بابت خدمتی که انجام می دهد، مبلغی را دریافت کند (یا نکند). صرف نظر از شرایط موجود، افراد انتخاب شده برای رحم اجاره ای باید سابقه تولد زنده را داشته باشند و تحت ارزیابی کامل روانشناختی قرار بگیرند. مسایل قانونی حاملگی اجاره ای در ایالتهای مختلف بسیار متغیر هستند و حتی در صورت قانونی

بودن این کار، انعقاد قرارداد رسمی قانونی برای ذکر توافقات صورت گرفته بین زوج نابارور و فردی که رویان در رحم وی قرار خواهد گرفت، ضروری است. (اسپیراف، ۲۰۱۱: ۸۵)

### نتایج حاصل از اهدای اووسیت

تجارب حاصل از اهدای تخمک، نگرشهای مهمی را در ارتباط با مکانیسمهای کاهش وابسته به سن باروری در زنان، فراهم کرده اند. در مدل اهدای اووسیت، به طور مؤثری سن اووسیت و رحم از یکدیگر تفکیک می شوند. میزان موفقیت با IVF مرسوم به طور یکنواخت با افزایش سن (بویژه بعد از ۳۵ سالگی) کاهش می یابد و حاملگیهای زنده بعد از ۴۲ سالگی بندرت رخ می دهند. در مقابل، میزان تولد زنده در سیکلهای اهدای اووسیت، در همه گروههای سنی فقط اندکی متفاوت است. این داده ها نشان می دهند که کاهش توانایی تکاملی اووسیتهای پیر، عامل محدودکننده در این زمینه است.

داده های حاصل از گزارش خلاصه ملی ایالات متحده در سال ۲۰۰۷ در ارتباط با نتایج ART، نشان می دهند که از ۱۰/۳۲۱ سیکل همراه با اووسیت اهدایی تازه که در تمام گروههای سنی انجام گرفته و به انتقال رویان منتهی شده بودند، ۵۵/۱ درصد انتقالها (به طور متوسط با انتقال ۲/۲ رویان) منجر به تولد زنده شده بودند. از ۵۶۳۳ مورد انتقال رویانهای منجمد حاصل از اهدای اووسیت در ۳۱/۹ درصد موارد تولد زنده حاصل شده بود (به طور متوسط با انتقال ۲/۳ رویان).

مشکلات منحصر به فردی در ارتباط با حاملگیهای حاصل از اووسیت اهدایی وجود ندارند. با وجود این، چون اکثر دریافت کنندگان بیش از ۳۵ سال دارند، ممکن است حاملگیهای آنها جزو حاملگیهای پرخطر در نظر گرفته شوند. حاملگیهای چندقلو شایع هستند و با خطرهای خاص و شناخته شده ای همراهند. در سال ۲۰۰۷ میلادی، ۴۲/۶ درصد حاملگیها و ۴۰/۳ درصد تولدهای زنده حاصل از اهدای اووسیت، چندقلو بودند. هیپرتانسیون حاملگی بویژه در زنان بالای ۴۰ سال نسبتاً شایع است و با محدودیت رشد داخل رحمی جنین ارتباط دارد. در مطالعه ای بر روی پیامدهای حاملگی در ۷۴ زن ۴۵ تا ۵۶ ساله، میزان بروز عوارض قبل از تولد ۳۸ درصد بود؛ این عوارض، به شرح زیر بودند: لیبر پره ترم، هیپرتانسیون حاملگی، دیابت حاملگی، پارگی پیش از موعد پرده ها، جفت سرراهی، جفت اکرتا، پراکلامپسی، سندرم HELLP و سندرم تونل کارپال.

امروزه اهدای اووسیت به طور شایع با IVF و با استفاده از اووسیتهای بازیافت شده از دهندگان سالم و جوان (بعد از تحریک بیش از حد کنترل شده تخمدان) و اسپرم شوهر فرد گیرنده، صورت می گیرد و رویان حاصل، به رحم فرد گیرنده منتقل می شود. در زمینه اهدای اووسیت موفقیتهایی نیز با استفاده از تکنیکهای انتقال لوله ای حاصل شده اند. این روش از نظر مفهومی، ساده به نظر می رسد. اما ضروریات آن برای اهدای موفقیت آمیز تخمک از طریق IVF، فراوان و پیچیده هستند. ویژگیهای اصلی و منحصر به فرد سیکلهای IVF همراه با اووسیتهای اهدایی، با ضرورت سینکرونیزاسیون رویان/ آندومتر و حمایت از مراحل اولیه حاملگی با هورمونهای برونزا (تا زمانی که تغییر جسم زرد- جفت رخ بدهد). در ارتباط هستند. سایر موضوعات مهم، مربوط به پیدا کردن، انتخاب و غربالگری افراد دهنده هستند. (اسپیراف، ۲۰۱۱)

### اندیکاسیونها

پنج اندیکاسیون پذیرفته شده برای انجام IVF با تخمک اهدایی عبارتند از: نارسایی تخمدان، بیماریهای منتقل شونده از طریق ژنتیک، کاهش یا از بین رفتن عملکرد تخمدان، سن بالای تولیدمثلی و کیفیت همواره ضعیف اووسیتها در سیکلهای IVF. زنانی که به هر دلیلی مبتلا به نارسایی تخمدان شده اند (اختلالات کروموزوم X؛ دیسژنری ایدیوپاتیک گنادی یا از بین رفتن پیش از موعد اووسیتها؛ سابقه جراحی، پرتوتابی یا شیمی درمانی؛ بیماری خودایمنی) کاندیدای انجام این کار محسوب می شوند. همچنین، زنانی که حامل اختلالات ارثی خاصی هستند که با تشخیص ژنتیک قبل از لانه گزینی (PGD) شناسایی نمی



شوند و یا زنانی که انجام PGD را نمی پذیرند و نیز زنان مبتلا به کاهش ذخیره تخمدان (به دلیل بالا بودن سن یا سایر علل) که در آنان پیش آگهی IVF موفقیت آمیز با اووسیت خود این افراد خوب نیست، کاندیدای این روش هستند. گاهی اوقات در موارد نادر، با زنان مبتلا به چسبندگیهای شدید لگن و زنان دارای تخمدانهای غیرقابل دستیابی مواجه می شویم.

### افراد گیرنده اووسیت اهدایی

بجز در چند مورد استثنایی، نحوه ارزیابی قبل از درمان و غربالگری در زوجهای گیرنده اووسیت اهدایی، تقریباً همانند توصیه های ارایه شده در مرحله قبل از IVF معمولی هستند. مشاوره روانشناختی، جزء مهمی از روند ارزیابی است که به شناسایی زوجهای دارای نگرانیهای حل نشده یا دچار ترس کمک می کند و سبب حصول اطمینان از این امر می شود که هر دوی والدین کاملاً متعهد به این کار هستند.

زنان مبتلا به سندرم ترنر را می توان با ملاحظات خاص، جزو کاندیداهای دریافت اووسیت اهدایی در نظر گرفت. شواهد نشان می دهند در آن دسته از زنان مبتلا به سندرم ترنر که دچار ناهنجاریهای قلبی- عروقی درگیرکننده ریشه آئورت هستند، حاملگی با خطرهای جدی و منحصر به فردی همراه است. این زنان نیز همانند زنان مبتلا به سندرم مارفان، در طی حاملگی در معرض افزایش خطر دیسکسیون آئورت هستند که این عارضه احتمالاً با افزایش نیازهای قلبی- عروقی در ارتباط است. خطر مرگ مادر در اثر پارگی یا دیسکسیون آئورت در حاملگی، ۲ درصد یا بیشتر است. آن دسته از زنان مبتلا به سندرم ترنر که تمایل به دریافت اووسیت اهدایی دارند، باید بدقت مورد ارزیابی (شامل اکوکاردیوگرافی یا تصویربرداری یا رزونانس مغناطیسی) قرار گیرند؛ در صورت مشاهده هرگونه ناهنجاری قابل توجه، بهترین کار این است که دریافت اووسیت اهدایی ممنوع اعلام شود. به طور کلی، حتی در صورت طبیعی بودن نتیجه ارزیابی نیز انجام این کار توصیه نمی شود، چون دیسکسیون آئورت در این موارد نیز ممکن است رخ بدهد. افرادی که تمایل به استفاده از این روش دارند، باید در طول حاملگی تحت نظارت دقیق و ارزیابیهای مکرر قرار گیرند. (اسپیراف، ۲۰۱۱)

نگرانیهایی که در مورد سلامت و تندرستی کودکان حاصل از ART وجود دارند، منطقی و قابل درک هستند. داده های در دسترس نشان می دهند که ART با افزایش خطر حاملگی چندقلو، ناهنجاریهای مادرزادی، زایمان پره ترم، وزن کم هنگام تولد و عوارض مرتبط با این پیامدها همراه است. نگرانیهای مطرح شده، دلیلی برای دادن هشدارهای بی مورد به افراد نیستند، اما نباید از آنها غفلت شود.

### اهدای اووسیت

تقریباً تا ۲۵ سال قبل، زنان مبتلا به نارسایی تخمدان، با دیدی قابل درک دچار ناباروری برگشت ناپذیر در نظر گرفته می شدند، اما پیشرفتهای ایجاد شده در زمینه ART این اعتقاد قدیمی را تغییر داده اند. امروزه اهدای تخمک در زنان مبتلا به نارسایی پیش از موعد تخمدان و در زنانی که دچار پیری پیش از موعد قابلیت باروری هستند و حتی در زنانی که در سالهای طبیعی تولیدمثل قرار ندارند، شانسی واقعی برای حاملگی ایجاد کرده است.

دستیابی به حاملگی موفقیت آمیز در یک زن (دریافت کننده) با استفاده از اووسیتهای گرفته شده از فرد دیگر (اهداکنده)، اولین بار در سال ۱۹۸۳ گزارش شد. تکنیک اصلی به این صورت بود که یک فرد داوطلب طبیعی، با اسپرم شوهر زن نابارور، تحت لقاح مصنوعی قرار می گرفت؛ در دوره قبل از لانه گزینی رحم شستشو داده می شد و سپس قبل از انتقال رویان بازیافت شده به رحم زن نابارور، نوعی رژیم تنظیم شده جایگزینی هورمونی به وی تجویز می شد تا اندومتر و تکامل رویانی سینکرونیزه شوند. مسایل اخلاقی و مشکلات تکنیکی متعدد این روش، مانع از کاربرد گسترده آن شدند. در همان سال برای

اولین بار، یک مورد حاملگی ایجاد شده با اهدای تخمک، IVF و انتقال رویان به زنی با سیکل‌های قاعدگی گزارش شد. یک سال بعد، اولین حاملگی موفقیت آمیز با اهدای اووسیت و IVF در یک زن مبتلا به نارسایی تخمدان گزارش گردید. (همان)

### پیامدهای IVF

پیامدهای IVF از زمان وارد شدن آن در عملیات بالینی، به طور مداوم در طی سالها بهبود پیدا کرده اند. در اوایل، شانس موفقیت با IVF کم بود و IVF فقط در زوجیهایی که هیچ انتخاب دیگری نداشتند و یا در آنها سایر روشهای درمانی موجود با شکست مواجه شده بودند، به کار می رفت. با بهبود فن آوری و پیامدها، IVF به گزینه ای واقع بینانه و پرطرفدار برای تعداد روزافزونی از زوجها تبدیل شد. ابداع ICSI، انقلابی را در درمان ناباروری شدید با عامل مردانه ایجاد کرد و نقش عمده ای در پیشرفت ART داشت. امروزه ART در اغلب موارد اولین و بهترین گزینه در تعداد زیادی از زوجهای نابارور است.

### اجاره رحم یا مادر جانشین

#### مسائل پزشکی اجاره رحم یا مادر جانشین

با توجه به افزایش سن ازدواج در ایران یکی از مشکلاتی که امروزه بسیار شایع شده است مواردی است که فرد به دلیل امراض مختلف مجبور به از دست دادن رحم خود می شود و به رغم توانایی تخمک زایی از داشتن بچه محروم است که به راحتی می توان با اجاره رحم و با تعیین یک مادر جایگزین جنین را تا مرحله تولد در رحم دیگری پرورش داد. زمانی که یکی از دو طرف زوجین دچار مشکل باشد، ابتدا هر یک از آنان را که عامل اصلی ناباروری است تحت درمان قرار می دهند و سپس بعد از لقاح مصنوعی در آزمایشگاه و پس از گذشت سه روز، یعنی درست زمانی که جنین ۶ تا ۸ سلولی است آن را در رحم مادر اجاره ای می گذارند. به او می گویند؛ «مادر اجاره ای» یا «مادر میانجی». او فردی است که نه ماه تمام در وجود خود از کودکی نگهداری می کند که فرزند خودش نیست. (اسپیراف، ۲۰۱۱)

متخصصین ناباروری معتقدند چون تفکیک نوزاد صورت گرفته است و عد از سه روز در رحم مادر اجاره ای قرار می گیرد هیچ گونه وراثت و یا تأثیری بر روی کودک ندارد بدین معنی که مادر اصلی او همان زنی است که تنها قادر نبوده او را در بدن خود پرورش دهد و به دلیل ناتوانی نیاز به کمک زن دیگری داشته است.

ناگفته نماند که Surrogacy توافقی است بین زوجین متقاضی فرزند (Commissioning) و دیگر زن پذیرنده (Carrying woman)، با هدف پذیرش اسپرم زوج، یا اسپرم و تخمک زوجین، یا اسپرم شوهر خویش و یا حتی اسپرم و تخمک افرادی دیگر و پرورش جنین در رحم خویش و تسلیم کودک متولد پس از تولد به زوجین متقاضی. استفاده از رحم جانشین به منظور تولید فرزند همیشه به دلیل ضرورت پزشکی نیست. زوجه ای با وجود اینکه نه خود به لحاظ طبی واجد مشکل است و نه شوهرش، تنها با هدف حفظ زیبایی و فرار از ضایعات بارداری و وضع حمل و یا اشتغال حاضر به باردار شدن نیست، اما هر دو مایل به داشتن فرزندی از آن خود هستند. این شیوه به لحاظ رفاه طلبی در برخی از کشورهای اروپایی، آمریکا و ایالات استرالیا رایج شده است. (موسوی جمالی، ۱۳۸۲)

در نتیجه به لحاظ پزشکی به ۴ صورت ممکن است رایج باشد:

الف) پذیرش اسپرم زوج

ب) پذیرش اسپرم و تخمک زوجین

ج) پذیرش اسپرم شوهر خویش

د) پذیرش اسپرم و تخمک افرادی دیگر

که رایج ترین شکل آن نوع دوم است که زوجین متقاضی مادر جانشین پس از اعلام خود مبنی بر ناتوانی در پرورش جنین در رحم زوجه و اثبات توسط کادر پزشکی تخصصی مورد اعمال پزشکی جهت دادن اسپرم و تخمک قرار می گیرند و نهایتاً جنین پس از سه روز از دستگاه به رحم مادر جانشین منتقل می شود.

### مسائل فقهی اجاره رحم یا مادر جانشین

در زمینه اجاره رحم، حکم صریح شرعی تاکنون صادر نشده است. مسأله اختلافی است. ولی اکثر علما در پاسخ به چنین سؤالی اصل را بر احتیاط گذاشته اند. البته این در صورتی است که از رحم شخص ثالث فقط به عنوان وعاء یا ظرف پرورش دهنده جنین استفاده شود. نه صورتهای دیگر. برخی نیز جهت رعایت مسئله شرعی، جاری کردن صیغه نکاح موقت را در مورد مادر جانشین توصیه کرده اند. ناگفته نماند که ظاهر مسئله نشان می دهد، از آنجائیکه مادر جانشین هیچ گونه نقشی در ترکیب جنین و مسائل ژنتیک و غیره ندارد، استفاده از زنان فامیل از نظر شرعی مشکلی نداشته باشد.

برخی آیات و روایاتی که متمسکین از آنها بعنوان دلیل جهت تحریم اجاره رحم استفاده می کنند عبارتند از: « و قل للمؤمنین یغضضن من ابصارهن و یحفظن فروجهن » « الذین هم لفروجهم حافظون الا علی ازواجهم او ما ملکت ایمانهم فانهم غیرملمومین فمن ابتغی وراء ذلک فاولئک هم العادون ». روایت مرحوم کلینی که در کتاب کافی با سندی معتبر از امام صادق (ع) نقل کرده: « ان اشد الناس عذاباً یوم القیامه من اقر نطفته فی رحم یحرم علیه ».

روایت مرسله مرحوم صدوق در من لا یحضره الفقیه:

« قال النبی (ص): لن یعمل ابن آدم عملاً اعظم عندا... تبارک و تعالی من رجل قتل نبیاً او اماماً او هدم الکعبه التی جعلها اله عز و جل قبله لعباده او افرغ مائه فی امرأه حراماً ».

روایتی نیز در کتب کافی، تهذیب، من لا یحضره الفقیه و علل الشرایع نقل شده است، روای از امام صادق (ع) می پرسد چرا حد شراب هشتاد تازیانه و حد زنا صد ضربه است؟ امام فرمود: الحد واحد، لکن زید هذا التضییع النطفه و لو ضعه ایها فی غیر موضعها الذی امره الله عز و جل.

به نظر می رسد که استفاده از روش اجاره رحم به دلایل ذیل منع شرعی نداشته باشد زیرا آیات و روایات گذشته، بعید به نظر می رسد که فرض مذکور را منع کرده باشند و نیز حتی دلالت آنها بر ممنوعیت تلقیح اسپرم مرد بیگانه به رحم زنی که آمیزش با او حرام است، نیز ناتمام است. ولی ممکن است آیات و روایات مذکور فقیه را وادار کند که احتیاط را به نحو وجوبی در مورد تلقیح اسپرم مرد به رحم زن اجنبی شرط کنند، ولی به هیچ وجه نمی تواند مشمول فرض مورد بحث (اجاره رحم) قرار گیرد. (اسپیراف، ۲۰۱۱)

این گفته ها در صورتی است که رحم مادر جانشین نقشی در تشکیل جنین مذکور نداشته باشد، لکن می توان تصور کرد که روایات مذکور در مواردی که رحم مادر جانشین نقش ترکیبی را در دادن تخمک ایفا کند ظهور در وجوب احتیاط داشته باشد. مقصود ما از اجاره رحم همان صورت نخست است که انتقال جنین تکون یافته از تخمک و اسپرم زن و مرد شرعی انجام گیرد نه صورتهای دیگر که اسپرم مرد بیگانه وارد رحم زن بیگانه گردد. در صورتی که پذیرفتیم اجاره رحم به این شکل منع شرعی ندارد.

آنگاه ضروری است که اگر زن دارای شوهر است، اجازه شوهر تحصیل گردد. ولی هر چند عرف پذیرش حاملگی در زنان بدون شوهر را به سختی می پذیرد، چه بسیار نیکوست که حتی المقدور از رحم چنین زنانی برای پرورش جنین استفاده شود. زیرا مشکل اجازه شوهر و مسائل ناشی از آنرا ندارد. در ارتباط با جواز اخذ اجرت از والدین جنین

توسط مادر جانشین نیز اختلاف وجود دارد. لکن قول اکثر بر جواز اخذ اجرت می‌باشد. برخی دلیل آورده‌اند به اینکه رحم نیز مانند سایر اعضای انسان مثل کلیه، انگشت، دست، پا و غیره قابل اهداء یا فروش است البته در مواردی که شرع اجازه داده (فی‌الضرورت). همین‌طور رحم یا منافع آن قابل اجاره می‌باشد. بعضی نیز گفته‌اند: همانطور که زن بابت منافع پستان خود (شیر دادن به کودک) حق اخذ اجرت را دارد، بابت اجاره رحم خود نیز می‌تواند اجرت اخذ کند.

### مسائل حقوقی اجاره رحم یا مادر جانشین

آیا از نظر حقوقی اجاره رحم می‌تواند مجاز باشد؟ چه رابطه حقوقی فیما بین طفل و این اقدام با صاحبان جنین و زنی که در پرورش جنین مزبور از جان مایه گذشته وجود دارد؟  
ارتباط حقوقی طفل با این زن و شوهر او چیست؟ آیا گرفتن اجاره بابت نگهداری طفل در رحم و مسئولیت جبران خطرات و خسارات ناشی از حاملگی (مادر واسطه) در دوران حمل بر عهده کیست؟ اگر مادر واسطه از تحویل طفل استنکاف کند چه اقدام حقوقی می‌توان نمود؟  
و آیا بین مادر واسطه و کود محرمیت ایجاد می‌شود؟ با شوهر و مادر واسطه چطور؟ آیا رابطه ارث بین کودک و مادر واسطه ایجاد می‌گردد؟

اینها بخشی از سوالاتی است که علم حقوق باید پاسخگو باشد. در حقوق ایران تاکنون حکم صریحی وجود ندارد. و مراکز ناباروری صرفاً به مدد همت خود اقدام به چنین فعالیتهایی می‌کنند. که مسئولیت سنگینی است.  
اجاره رحم قراردادی است که به موجب آن زنی فایده‌ای از فواید رحم خود را در اختیار دیگری قرار می‌دهد تا جنین تکوین یافته از اسپرم و تخمک زن و مردی، در آن پرورش یابد و ما درصدد آن هستیم تا بررسی کنیم که آیا چنین قراردادی که موضوع آن کاملاً جدید است با سایر قراردادها تفاوت‌های زیادی دارد و اینگونه قراردادها در بعضی از کشورهای جهان از جمله ایالات متحده آمریکا از سال ۱۹۷۶ شایع گردیده که در زمینه اعتبار آن نظریات مختلفی ابراز شده است. (امامی، ۱۳۷۲) ممکن است گفته شود قرارداد اجاره رحم تجاوز به حریم اتحاد و اشتراکات زیستی و حقوق معنوی زن و شوهر است و از طرف دیگر قراردادی که به موجب آن زن زهدان خود را که محل پرورش فرزندان طبیعی خود اوست، برای مدتی مثلاً ۹ یا ۱۰ ماه در اجاره دیگری قرار می‌دهد و در واقع برده طرف قرارداد شده و در واقع چنین قراردادی نوعی بردگی متجزی است. لذا این قرار داد باطل و بلااثر خواهد بود و در حقوق ایران ممکن است گفته شود قرارداد اجاره رحم موجب سلب حق تمتع یا سلب حریت می‌شود. لذا طبق مواد ۹۵۹ و ۹۶۰ ق.م چنان قراردادی باطل است. البته محافل مذهبی در آمریکا از بطلان اینگونه قراردادها طرفداری می‌کنند اما در فقه و حقوق اسلام و در نزد مراجع تقلید به علت جدید بودن مطلب، حکم صریحی صادر نشده است. ممکن است گفته شود طبق اصل حاکمیت در قراردادها (autonomie detavolonte) فردی با دیگری قراردادی منعقد کرده و متعهد گردیده خدمتی را برای متعهد له انجام دهد و اگر این قرارداد را قوانین آمره یا حکم شرعی صریحاً ممنوع نکرده باشد و خلاف نظم عمومی یا اخلاق نیز تلقی نشود و دارای فواید فردی و اجتماعی هم باشد، نافذ و معتبر است و در صحت آن تردیدی وجود ندارد و در موضوع مورد بحث زنی رحم خود را برای پرورش جنین غیر به او اجاره می‌دهد، یا به موجب این قرارداد متعهد می‌گردد و رضایت دارد که رحم خود را برای پیوند جنین در اختیار متعهد له قرار دهد و سپس اقدامات متعارف را که برای رشد جنین لازم است انجام دهد تا طفل حاصل از جنین اولیه وضع شود و بعد از تولد، طفل را تحویل متعهد له بدهد. این قرار داد وقتی پذیرفته نیست که مخل نظم عمومی باشد، ولی اگر به اخلاق

حسنه و احساس عمومی لطمه‌ای نزنند و در رفع مشکلات خانواده‌های بدون فرزند که بالقوه استعداد فرزنددار شدن دارند ولی بالفعل با مشکل مواجه هستند، مؤثر باشد می‌تواند کمک شایانی به آنان نموده و از متلاشی شدن کانون خانواده جلوگیری کند. به نظر می‌رسد در صورت تردید در صحت و فساد چنین قراردادی می‌توان اصله الصحه جاری کرد. در ماده ۲۱۹ ق.م.چنین مقرر گردیده است: «عقودی که بر طبق قانون واقع شده باشد، بین متعاملین و قائم مقام آنها لازم‌الاتباع است، مگر اینکه به رضای طرفین اقاله یا به علت قانونی فسخ شود» و چون این قرارداد حق تمتع را به طور کلی سلب نکرده و حریت به معنای دقیق و اخص کلمه نیز از متعهد سلب نخواهد شد. در صحت آن با توجه به ماده ۱۰ ق.م. و مقررات موجود دیگر تردیدی نیست. البته اجاره رحم و انتقال جنین به آن، پدیده‌ای است بسیار جوان و خصوصیتی دارد که با سایر قراردادها مشابهت و قرابت زیادی ندارند. لذا می‌تواند تابع ضوابط خاصی قرار گیرد و اعتبار و آثار این قرارداد با جایگاهی که دارد از طریق اندراج شروط در ضمن قرارداد یا به موجب قانون به طور کامل و دقیق مشخص گردد تا در عمل مواجه با اشکال نشود. برای مثال می‌توان این قرارداد را مدتی قبل از اجراء قابل فسخ از جانب هر یک از طرفین دانست؛ ولی بعد از شروع اجرای قرارداد و استقرار جنین در رحم اجیر قرار داد قابل فسخ یا اقاله نباشد یا تکالیف معینی برای زن اجیر در نظر گرفته شود. مثلاً در دوران بارداری سیگار نکشد، مشروب و مواد مخدر مصرف نکند یا از خوردن داروهای مخل حاملگی خودداری کند و در مواقع ضروری به پزشک متخصص مربوط به حاملگی و زایمان مراجعه نماید و موارد غذایی لازم که در رشد و تکامل جنین اثر قطعی دارد مصرف کند و بدون اجاره صاحب جنین یا طرف قرارداد اقدام به سقط آن نکند، مگر به ضرورت و اگر آزمایشات نشان دهد که جنین حالت عادی ندارد و بر طبق توصیه و دستور پزشک متخصص لازم باشد رشد حمل متوقف گردد، نسبت به سقط آن اقدام به عمل آید. همان طور که اشاره شد در حقوق ایران قرارداد پرورش جنین در رحم غیر، به استناد مواد ۱۰ و ۲۱۹ ق.م. و اصل حاکمیت اراده اعتبار دارد و النهایه لازم است شرایط خاصی به موجب قانون به صورت شروط ضمن عقد در راستای اجرای این قرارداد پیش‌بینی شود و چنین قراردادی حریت زن را سلب نخواهد کرد و لازم است یادآوری شود که مشکلات و رنج حاملگی، ارتباطی با سلب حق تمتع یا حریت زن ندارد و الا حاملگی از شوهر نیز با مشکل مواجه خواهد شد. (همان)

### نتیجه گیری

۱. در حالت جانشینی در بارداری مادر حکمی یعنی زن صاحب تخمک قطعاً مادر قانونی طفل است و با استفاده از ملاک قرابت رضاعی در اسلام می‌توان حکم ممنوعیت نکاح را بین صاحب رحم (مادر جانشین) و طفل به دنیا آمده محقق دانست. این قرابت را که از نظر ممنوعیت نکاح در حکم قرابت رضاعی است، «قرابت مادر جانشینی» نام نهاده‌ایم. البته در صورتی این قرابت صحیح است که بعد از تولد، طفل از پستان صاحب رحم با شرایط رضاع شیر بخورد.

۲. حضانت طفل متولد در اثر حالت مادر جانشین بر اساس قوانین حاکم بر حضانت تعیین می‌شود که مسأله اصلی در تعیین اشخاص که باید عهده دار حضانت گردند، تعیین مقام مادری در قوانین است. که حالت‌های چهارگانه‌ای در آن قابل تصور است. در صورتی که مادر جانشین مادر قانونی طفل باشد، شوهردار بودن وی در زمان تولد مانع اجرای حق حضانت خواهد بود.

در فرض سوم دو مادری بودن (مادر قانونی و حقیقی - مادر عرفی) با استناد به قواعد حاکم بر حضانت و ارتباط آن با نظم عمومی و رعایت ملاک مصلحت و سعادت طفل، حضانت به عهده مادر قانونی و حکمی خواهد بود.

۳. نفقه حمل در حالت مادر جانشین بر عهده پدر حکمی (مرد صاحب اسپرم) است این امر تعارضی با حق نفقه مادر جانشین بر شوهرش در ایام بارداری ندارد.
۴. مباحث گوناگونی پیرامون ارث و وصیت در مورد حالت مادر جانشین مطرح شده است. در صورتی که قائل به دو مادری بودن (مادر حکمی - مادر عرفی) باشیم یعنی صاحب تخمک در هر حال مادر قانونی خواهد بود و ارث و وصیت ما بین پدر و مادر حکمی و طفل برقرار خواهد شد. حتی در صورت اعراض صاحب تخمک که صاحب رح اجاره ای نیز باشد باز ارث و وصیت به قوت خود باقی است.

#### منابع

- قرآن مجید.
- اسپیراف، لئون، ۲۰۱۱، آندوکرینولوژی بالینی زنان و ناباروری، ترجمه ی روشنگ قطبی و دکتر بهرام قاضی جهانی، چاپ هشتم، جلد دوم.
- امامی، ح، ۱۳۴۹، مطالعه تطبیقی نسب در حقوق ایران و فرانسه، چ اول، تهران، مؤسسه حقوق تطبیقی، دوره اول، شماره ۵.
- امامی، ح، ۱۳۷۲، حقوق مدنی، ج ۵، چ هفتم، تهران، انتشارات اسلامیه .
- جعفرزاده، م، ۱۳۷۷، مروری بر وضعیت حقوقی ART در کشورهای مختلف، تهران.
- جعفر زاده، م، ۱۳۷۸، فصل نامه پزشکی باروری و ناباروری، سال اول، شماره ۱
- حر عاملی، م، ۱۳۷۳، تصحیح و تحقیق ربانی شیرازی، ع . ر، وسائل الشیعه الی تحصیل خامنه ای، سیدع، ۱۳۷۵، پزشکی در آئینه اجتهاد، ج ۱، چ اول، قم، انصاریان .
- روحانی، م، ۱۳۸۴، ق، المسائل مستحدثه، چ اول . قم، دارالفکر .
- روحانی علی آبادی، م، ۱۳۸۰ مجموعه مقالات روش های نوین تولید مثل انسانی از دیدگاه فقه و حقوق، تهران. شهیدی، م، ۱۳۸۱، وضعیت حقوقی کودک آزمایشگاهی، تهران .
- شهیدی، م، ۱۳۴۵، مقاله تلقیح مصنوعی انسان، مجله حقوقی دادگستری، دوره اول، شماره ۳.
- صفائی، ح، ۱۳۸۰، مقاله انتقال جنین، تهران، انتشارات سمت.
- صفائی، ح، ۱۳۸۳، مقاله اهدای جنین به زوجین نابارور، تهران.
- علوی قزوینی، ع، ۱۳۸۰، مجموعه مقالات روشهای نوین تولید مثل انسانی از دیدگاه فقه و حقوق، چ اول، تهران. قبله ای، خ، ۱۳۷۷، مقاله بررسی مسائل فقهی و حقوقی انتقال جنین، تهران.
- کاتوزیان، ن، ۱۳۷۵، حقوق مدنی، ج ۲، چ اول، تهران، گنج دانش .
- موسوی خمینی، ر، ۱۳۷۸، تحریر الوسیله، ج دوم، ج ۱۷، قم، دفتر انتشارات وابسته به حوزه علمیه .
- موسوی جمالی، سیدع، ۱۳۸۲، مجله گفتمان حقوقی، سال اول، شماره ۱ .
- مهرپور، ح، ۱۳۸۰، نگرشی به وضعیت حقوقی و شرعی باروری مصنوعی از مجموعه مقالات روش های نوین تولید مثل انسانی از دیدگاه فقه و حقوق، تهران.
- نایب زاده، ع، ۱۳۸۰، مقاله بررسی حقوقی روشهای نوین باروری مصنوعی. تهران .
- نجفی، م، ۱۳۹۲، ق، جواهرالکلام، چ اول، دارالکتب الاسلامیه، ج ۲۹ .