

چالش‌های اخلاقی رحم جایگزین در ایران

رقیه نوری زاده

چکیده

ناباروری یکی از مشکلاتی است که بر رابطه زناشویی زوجین نابارور و نیز روابط اجتماعی و خانوادگی آنان تاثیر عمیقی می‌گذارد. نازایی، سومین عامل طلاق در کشور محسوب می‌شود که مطرح کننده نیاز به استفاده از فناوری‌های کمک باروری (ART) می‌باشد. در این میان، روش درمانی رحم جایگزین که در آن شخص ثالث نیز حضور دارد، از جمله راهکارهای رفع ناباروری در برخی زوجین است که باعث بروز مباحث فقهی، اجتماعی، اخلاقی و حقوقی به ویژه حقوق خانواده شده است بطوری که بدون پاسخگویی به آنها نمی‌توان به مثبت بودن پیامدهای آن اطمینان داشت.

هدف و روش‌ها: این پژوهش، مطالعه‌ای مروری است که براساس مطالعه کتابخانه‌ای، ترجمه مقالات و پایان‌نامه‌های لاتین و بهره‌گیری از تجارب دیگر کشورها گردآوری شده است و هدف آن، بررسی موضوع رحم جایگزین در ایران و چالش‌های موجود می‌باشد تا با رفع موانع موجود در استفاده از رحم جایگزین و ارائه راهکارهایی در موارد ممکن، زمینه تغییر نگرش فراهم گردد و بتوان در ترویج آن اقدام نمود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه فقهای شیعه توانسته‌اند همگام با تحولات پزشکی، فتاوی‌ای مناسبی برای حل مشکلات مربوط به ناباروری تدارک ببینند، نظام حقوقی کشور نیز باید نسبت به قانونمند و نظام‌مند شدن رحم جایگزین اقدام نماید تا در صورت بروز مشکلات احتمالی پاسخ صریح حقوقی وجود داشته باشد. جایگاه کمیته‌های اخلاق بعنوان مرجع مناسب برای احراز روایی و نظارت بر استفاده از رحم جایگزین در فرایند بارداری غیر قابل انکار است.

واژگان کلیدی

رحم جایگزین؛ جنبه‌های اخلاقی و حقوقی؛ مشاوره.

چالش‌های اخلاقی رحم جایگزین در ایران

ناباروری یکی از مشکلاتی است که بر رابطه زناشویی زوجین نابارور و نیز روابط اجتماعی و خانوادگی آنان تاثیر عمیقی می‌گذارد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، شکست در بارداری حدود ۸۰ میلیون فرد را در دنیا درگیر کرده است. شمار زوج‌های نابارور در کشور براساس آمار جهانی ۱۰ تا ۱۵ درصد، حدود سه میلیون نفر (۱/۵ میلیون زوج) می‌باشد و سالانه ۱۰۰ هزار زوج نابارور به این تعداد افزوده می‌شود (نوروزی، ۱۳۸۹). نازایی، سومین عامل طلاق در کشور محسوب می‌شود (آخوندی، ۱۳۸۶) که مطرح کننده نیاز به استفاده از فناوری‌های کمک باروری (ART) می‌باشد. در این میان، روش درمانی رحم جایگزین که در آن شخص ثالث نیز حضور دارد، از جمله راهکارهای رفع ناباروری در برخی زوجین است (میلانی‌فر و همکاران، ۱۳۸۷). مداخله شخص ثالث در تولید مثل مصنوعی انسان که در سایه پیشرفت‌های عظیم علمی و استفاده از مادر میانجی یا جانشین امکان‌پذیر گردیده، باعث بروز مباحث جدید فقهی، اجتماعی، اخلاقی و حقوقی بویژه حقوق خانواده شده است که بدون پاسخگویی به آنها نمی‌توان امیدوار بود که بتوان آسوده‌خاطر در ترویج آن اقدام نمود و به مثبت بودن پیامدهای آن اطمینان داشت.

رحم جایگزین یعنی توافق با بانوی صاحب رحمی که آمادگی خود را جهت بارداری برای زوج نابارور اعلام می‌نماید به گونه‌ای که پس از زایمان، نوزاد حاصل را به زوج نابارور تحویل دهد. بانوی صاحب رحم که حامل بارداری است، مادر جایگزین و زوج نابارور، والدین حقیقی فرزند تلقی می‌گردند (آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۷، ص ۱۳-۷).

انواع رحم جایگزین: حالت مادر جانشین از جهت چگونگی ارتباط ژنتیکی مادر جانشین و والدین حکمی^۱ به سه دسته جایگزینی بارداری یا کامل، جانشینی با باروری مصنوعی یا نسبی و جانشینی با استفاده از تخمک / جنین اهدایی تقسیم می‌شوند (نایب‌زاده، ۱۳۸۰). در گروه اول، تخمک و اسپرم زوج نابارور به روش لقاح خارج رحمی به جنین تبدیل شده و ضمن هماهنگ نمودن سیکل باروری دو بانوی نابارور متقاضی رحم جایگزین و بانوی صاحب رحم، جنین حاصل به رحم جایگزین منتقل می‌گردد. در این روش، بانوی صاحب رحم، جنین را تا زمان زایمان در رحم خود حمل می‌نماید، از نظر ژنتیکی فرزند حاصل هیچ ارتباطی با بانوی صاحب رحم نداشته و زوج نابارور، والدین بیولوژیکی کودک محسوب می‌شوند. این روش به عنوان روش جایگزینی بارداری^۲ یا کامل نامیده می‌شود.

در گروه دوم، بارداری بانوی صاحب رحم، در نتیجه لقاح مستقیم یا آزمایشگاهی تخمک وی با اسپرم زوج نابارور حاصل می‌شود. در روش جایگزینی نسبی^۳، بانوی صاحب رحم از نظر ژنتیکی به کودک وابسته بوده و مادر بیولوژیکی / ژنتیکی محسوب می‌شود.

در نوع جانشینی با تخمک اهدایی، جنین حاصل از اسپرم پدر حکمی و تخمک اهدا شده، در رحم مادر جانشین، کاشته می‌شود در این صورت همانند دیگر صور، مادر جانشین از لحاظ ژنتیکی ارتباطی با جنین ندارد ولی پدر حکمی با بچه مرتبط است. در حالت جانشینی با جنین اهدایی، جنین از زوج‌های دیگر و یا مردان و زنانی که با هم بیگانه‌اند، گرفته شده و در رحم مادر جانشین، کاشته می‌شود (ناصری‌مقدم، ۱۳۸۷، ص ۲۹-۱۴).

در این مقاله، بحث عمدتاً بر جایگزینی بارداری استوار خواهد بود.

ضرورت استفاده از رحم جایگزین: در جایگزینی رحمی، زوجین نابارور برای حفظ بنیان خانواده و جلوگیری از تلاشی آن، به دلایل متعدد پزشکی که در ذیل به آنها اشاره شده، مجبور به استفاده از روش جایگزینی رحمی جهت درمان ناباروری و داشتن فرزند می گردند (آخوندی، ۱۳۸۶).

الف) عدم وجود مادرزادی رحم به دلیل اختلال در تکامل مجاری مولرین در دوران جنینی (سندرم راکی تانسکی)، زنان مبتلا به سندرم آشرمن (بروز چسبندگی رحمی متعاقب کورتاژ)، مبتلایان به بیماری‌های عفونی و سل رحمی.
ب) عدم وجود ثانویه رحم در زن به دلیل هیستریکتومی (برداشتن رحم) به علت کانسر، منوراژی و... .

ج) مشکلات طبی شدید مغایر با حاملگی مانند نارسایی شدید قلبی یا کلیوی، بیماری‌های اتوایمیون

د) ابتلای زوجه به سقط‌های مکرر که منجر به ناباروری و توقف خودبخودی بارداری گردیده است. در این حالت، رحم زوجه نابارور توانایی حفظ و نگهداری جنین حاصل را تا پایان دوران بارداری ندارد.

ه) عدم موفقیت در تکرار درمان ناباروری به روش لقاح خارج رحمی (حداقل شکست ۶ تا ۸ بار در انتقال رویان‌های نرمال در یک رحم به ظاهر سالم).

سابقه و تاریخچه

لغت surrogate از کلمه لاتین surrogacy به معنی جانشین گرفته شده است و برای اولین بار در کتاب مقدس به آن اشاره شده است: سارا به علت ناباروری، به همسرش ابراهیم (ع) پیشنهاد کرد که این مشکل را از طریق کنیزش هاجر حل کند (برینسدن، ۲۰۰۳، ص ۴۹۱-۴۸۳). تا قبل از ابداع روش‌های نوین کمک باروری،

جایگزینی رحمی به روش جایگزینی نسبی و به طور غیررسمی در کشورهای مختلف مطرح بوده است. در سال ۱۹۷۴، Douglas Bevis استاد دانشگاه لیدز اعلام کرد که توانسته است پس از سی بار تلاش سه جنین انسانی را در آزمایشگاه تولید کند، آنها را در رحم زنانی جای دهد و سه کودک را به این طریق به دنیا آورد (اسمیت، ۲۰۰۵، ص ۲۷۰۷-۲۷۰۵). در سال ۱۹۷۷ اولین قرارداد رحم جایگزین نسبی تدوین شد. تحول ناشی از تولد اولین نوزاد آزمایشگاهی در سال ۱۹۷۸ موجب شد که اولین مورد روش جایگزینی کامل با استفاده از تخمک و اسپرم زوج نابارور، در سال ۱۹۸۵ میلادی صورت پذیرد (یوسری و الحسنی، ۱۳۸۶). در فنلاند، یونان و ایرلند استفاده از رحم جایگزین بدون هیچ مقررات قانونی صورت می گیرد (رحیمی، ۱۳۸۷، ص ۱۸۱-۱۶۵). این روش در اتریش، نروژ، آلمان، فرانسه و سوئد غیرقانونی بوده و در انگلیس، دانمارک، هلند و استرالیا نوع تجاری آن ممنوع اعلام شده است (سمبا و همکاران، ۲۰۱۰، ص ۳۴۸؛ حقیقت، زادهوش، علاءالدینی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۵۶-۵۵).

در حقوق ایران بر مبنای قانون نحوه اهداء جنین به زوجین نابارور مصوب ۱۳۸۲/۴/۲۹ و آیین نامه اجرایی مصوب ۱۳۸۳/۱۲/۱۹، درمان ناباروری با انتقال جنین های تشکیل شده از نطفه زوج های قانونی و شرعی در خارج از رحم با شرایطی مجاز است. به موجب ماده ۱ این قانون، کلیه مراکز تخصصی درمان بیماران نابارور ذی صلاح مجاز خواهند بود با رعایت ضوابط شرعی و شرایط مندرج در این قانون نسبت به انتقال جنین های حاصل از تلقیح خارج از رحم زوج های قانونی و شرعی پس از موافقت کتبی زوجین صاحب جنین به رحم زنانی که پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشکی، ناباروری آنها (هر یک به تنهایی یا هر دو) به اثبات رسیده اقدام نمایند. مراکز مذکور در صورت موافقت و رضایت کتبی زوج های

اهدا کننده و تسلیم جواز دریافت جنین از دادگاه خانواده از طرف زن و شوهر متقاضی (مواد ۲ و ۴ قانون و ۳ تا ۵ آیین نامه) می توانند به درمان ناباروری اقدام کنند. قانونگذار ایران در این قانون فقط حالت خاصی از درمان ناباروری را پیش بینی کرده و حالت های دیگر آن به ویژه بهره مندی از رحم جایگزین را از قلم انداخته است (قاسم زاده، ۱۳۸۷، ص ۱۹۴-۱۸۲).

مشاوره ها و اقدامات پیش زمینه

بررسی تمام انتخاب های درمانی، مشاوره دقیق، یافتن شخصی بعنوان میزبان، بررسی مشکلات و هزینه های درمان، خطرات طبی و سایکولوژی برای طرفین، احتمال ایجاد حاملگی چند قلویی، احتمال تولد نوزاد با آنومالی، احتمال دلبستگی مادر جایگزین به نوزاد متولد شده و مسائل قانونی از جمله مباحث مورد مشاوره در زوجین متقاضی رحم جایگزین می باشند. هدف از مشاوره، آشنایی با نحوه بکارگیری این روش درمانی، مسائل پزشکی، فرهنگی، روانی - اجتماعی و قانونی، خطرات احتمالی و منافع و در نهایت جلوگیری از تصمیم نا آگاهانه از نظر درک صحیح از مشکلات و عوارض احتمالی آن می باشد (پشمی، احمدی، طباطبایی، ۱۳۸۷، ص ۳۶۱-۳۷۲).

بررسی زوجین نابارور متقاضی رحم جایگزین

الف) مشاوره پزشکی: زوج های نابارور متقاضی رحم جایگزین پیش از استفاده از این روش باید از جوانب مختلف مورد بررسی قرار گیرند. نیاز به لاپاروسکوپی در موارد فقدان مادرزادی رحم، ارزیابی سلامت عملکرد تخمدان ها و بیضه ها با انجام آزمایش های هورمونی و آنالیز اسپرم، سونوگرافی تخمدان ها، آزمایش

بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی مانند ایدز، هیپاتیت C و B، نیز تعیین گروه خونی در مواردی که مادر جایگزین دارای گروه خون منفی باشد، از اهمیت خاصی برخوردار است. اعمال لغو امتیاز محرمانگی در مورد گزارش نتایج آزمایشات طرفین به یکدیگر ضروری است. از آنجا که توجه به احتمال ابتلای زوج نابارور به ایدز به جهت سلامت بانوی صاحب رحم و فرزند حاصل ضروری است، توصیه می‌شود که اسپرم یا جنین حاصل از گامت زوج نابارور منجمد گردد و پس از شش ماه زوج نابارور مجدداً از نظر ابتلای به ایدز مورد بررسی قرار گیرند. سپس در صورت منفی بودن نتایج آزمایش‌ها، اسپرم یا جنین منجمد شده به رحم جایگزین منتقل گردد.

ب) مشاوره روانی: ارزیابی سلامت روان زوج نابارور متقاضی رحم جایگزین، اهمیت بسزایی دارد. در این ارتباط تلاش بر آن است که سلامت روانی زوج نابارور و پایداری زناشویی مورد ارزیابی قرار گیرد. همدلی، سازگاری و انعطاف‌پذیری این زوج، زمینه موفقیت فرایند درمان جایگزینی رحمی را تضمین می‌کند. وجود اختلالات شخصیتی، نظیر افسردگی شدید و اسکیزوفرنی، عقب‌افتادگی ذهنی، وسواس، جامعه‌ستیزی و اعتیاد به مصرف مشروبات الکلی از جمله مواردی هستند که مانع از درج نام زوجها در فهرست متقاضیان درمان می‌شوند. جهت‌گیری مشاوره‌ها به گونه‌ای است که زوج نابارور در حین بررسی، آموزش‌های لازم جهت سازگاری با فرایند درمان جایگزینی رحمی را فرا گیرند و برای روبرو شدن با مشکلات احتمالی حین درمان و طی دوران بارداری بانوی صاحب رحم، آمادگی لازم را کسب کنند و بهترین راه حل‌ها را انتخاب نمایند.

بحث شیردهی نوزاد توسط مادر ژنتیکی نیز باید مورد توجه قرار گیرد. توصیه می‌شود چند هفته قبل از زایمان، مادر ژنتیکی به‌وسیله دست یا پمپ جهت

تحریک ترشح شیر از سینه اقدام نماید (افلاطونیان، ۱۳۸۶). در یک بررسی، بیش از نیمی از مادران قادر به این کار بوده‌اند؛ هر چند نیاز به تغذیه با شیر کمکی نیز بوده است (برینسدن، ۲۰۰۳). این کار به تشکیل پیوند روانی میان مادر ژنتیک و فرزند آینده کمک شایانی خواهد کرد.

بررسی بانوی صاحب رحم

احتمال حاملگی چندقلویی، احتمال موضع‌گیری خانواده و دوستان، نیاز به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری قبل از شروع فرایند، خطرات بارداری و ریسک سزارین احتمالی و مطالبه منطقی هزینه‌ها از موارد مشاوره با مادر جایگزین می‌باشد.

الف) بررسی پزشکی: بانوی صاحب رحم باید از منظر وضعیت تولید مثلی، نظم عادات ماهیانه و سلامت رحم با هیستروسالپنگوگرافی ارزیابی گردد. به علاوه، متخصصین داخلی باید سلامت وی را از نظر ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای بررسی نمایند. متخصصین عفونی نیز باید از عدم ابتلای بانوی صاحب رحم به بیماری‌هایی نظیر سیفلیس، سوزاک، سیتومگالوویروس، ایدز و هپاتیت اطمینان حاصل نمایند. همچنین وضعیت ایمنی مادر میزبان به ویروس‌ها و انگل‌های تهدید کننده سلامت جنین از قبیل سیتومگالوویروس، سرخجه و توکسوپلاسموز سنجیده شده و واکسیناسیون یا توصیه‌های لازم صورت گیرد. همسر حمل‌کننده جنین نیز باید آزمایش‌های مربوط به بیماری‌های قابل انتقال از طریق جنسی را انجام دهد و مانعی برای اعلام نتایج آزمایشات به زوجین متقاضی وجود نداشته باشد. همچنین عدم برقراری رابطه جنسی مادر جایگزین با همسر طی فرایند انتقال جنین به رحم باید مدنظر قرار گیرد.

سابقه داشتن فرزند، سن زیر ۳۵ سال، نداشتن سن زیر ۲۱ سال (اسنو، ۲۰۰۹). و داشتن همسر در انتخاب بانوی صاحب رحم ارجحیت دارد. از مسائل مورد بحث دیگر، نکاتی است که مادر جانشین پس از شروع بارداری باید رعایت کند و عبارتند از: مراقبت کامل از جنین در طول مدت بارداری و زایمان، ارزیابی روند رشد جنین در طول دوران بارداری، استراحت، تغذیه مناسب، عدم مصرف سیگار و داروهای غیرمجاز، انجام محتاطانه امور روزمره زندگی، توجه به اصول بهداشتی، اجتناب از مصرف دارو بدون تجویز یا تأیید پزشک مسئول، حفظ آرامش و دوری از استرس، خودداری از مسافرت خارج از کشور پس از سه ماهه دوم بارداری و هرگونه نکته دیگری که در قرارداد بین طرفین ذکر شده باشد.

ب) بررسی روانی: ارزیابی سلامت روان بانوی صاحب رحم از اهمیت خاصی برخوردار است. ارزیابی شخصیتی فرد، شفاف ساختن هدف و انگیزه وی از حضور در فرایند درمان، اطمینان از آگاهی وی از روند درمان و مشکلات احتمالی حین درمان، سابقه ابتلا به اختلالات روانی، داروهای مصرفی و عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی، عدم کفایت ذهنی و تاریخچه مسائل قانونی از مواردی هستند که در بررسی سلامت روان باید مورد توجه قرار گیرند. متخصصین سلامت روان معتقدند که در جایگزینی رحمی، ارزیابی سلامت روان محدود به بانوی صاحب رحم نشده بلکه همسر و فرزند/ فرزندان وی نیز باید مورد ارزیابی قرار گیرند (پشمی، احمدی و طباطبایی، ۱۳۸۷، ص ۳۷۲-۳۶۱).

انگیزه کسب درآمد در داوطلبان رحم جایگزین از مواردی است که زمینه بروز مشکلات متعدد و غیرقابل جبران در روند درمان را به همراه خواهد داشت. بالعکس، انگیزه ایثار، فداکاری، از خودگذشتگی، همدردی برای رفع مشکل زوج نابارور و همیاری در جلوگیری از تلاشی یک خانواده، از مصادیق مهم در موفقیت

درمان جایگزین رحمی است. اگر داوطلب رحم جایگزین از بستگان و آشنایان زوج نابارور باشد، اطمینان متخصصین بهداشت روان را از جنبه‌های فوق مضاعف می‌کند. آگاهی عموم مردم در ضرورت کمک به زوج‌های نابارور نیز باعث تقویت انگیزه‌های نوع دوستانه خواهد شد (بهجتی اردکانی، آخوندی، یغمایی و همکاران، ۱۳۸۷، ۱۱۴-۱۰۷).

تأکید بر آگاهی و رضایت خانواده مادر جایگزین می‌تواند باعث بهره‌مندی وی از حمایت‌های روانی در حین بارداری شود که طی مشاوره باید به آن پرداخته شود. شاید هیچ موضوعی بحث‌برانگیزتر از جبران زحمات مادر جانشین و پرداخت حق الزحمه او از جانب والدین درخواست کننده نباشد. فردی که رحم جایگزین را در اختیار می‌گذارد، می‌تواند طبق قرارداد، حق الزحمه‌ای دریافت کند. میزان این حق الزحمه به توافق طرفین بستگی دارد و در مراکز مختلف درمان ناباروری در سطح کشور متفاوت است. به غیر از این هزینه، هزینه‌های دیگری مانند هزینه دارو، معاینات پزشکی و حتی رفت و آمدهای مادر جانشین برای این امر برعهده زوجین صاحب گامت است، پرداخت هزینه نباید مشروط به زایمان موفق و سلامت کودک باشد. پس از آگاه ساختن طرفین از روند درمان، باید جهت تدوین انتظارات زوج نابارور و بانوی صاحب رحم، جلسات مشترکی فراهم شود و پیش‌نویس قرارداد فی‌مابین تنظیم گردد. از جمله موضوعاتی که در این قرارداد باید مطرح شوند، عبارتند از: چگونگی پرداخت هزینه‌های مورد توافق، آمادگی بانوی صاحب رحم برای انتقال جنین و بارداری، مراقبت کامل وی از جنین و توجه به اصول بهداشتی.

توجه دقیق در تعهد به تحویل نوزاد به صاحبان گامت پس از زایمان و پرداخت تعهدات طرف مقابل در اجرای قرارداد ضروری است. نظارت مراکز درمان

ناباروری یا کمیته‌های اخلاق بر صحت قرارداد منعقد و پذیرش آنها به عنوان داور در حل مشکلات احتمالی و رعایت زمان‌بندی ارزیابی‌های سلامت جنین و مادر جانشین در طول بارداری، باید مورد توجه قرار گیرد. قرارداد رحم جایگزین اغلب بین دو طرف با قدرت، تحصیلات و وضعیت اقتصادی نابرابر روی می‌دهد. از این روی اگر مشاوره‌های لازم با مادران جانشین صورت نگیرد، این زنان ممکن است بطور ویژه مستعد بهره‌کشی باشند (پشمی، احمدی و طباطبایی، ۱۳۸۷).

رحم جایگزین از منظر فقهی

مذاهب از رویکرد مختلفی نسبت به موضوع رحم جایگزین برخوردارند. در دین یهود، تلقیح حاصل از نطفه زن و شوهر در رحم زن دیگر ممنوع است و عاریه یا اجاره دادن رحم نیز مجاز نمی‌باشد (مجله اونیزه، ۱۹۹۵).

کلیسای کاتولیک از سال ۱۹۸۷ به طور مداوم بر این امر تأکید نموده که استفاده از رحم جایگزین ممنوع و برخلاف کرامت بشری است و استفاده از لقاح خارج از رحم تنها در صورتی جایز است که این لقاح با اسپرم شوهر صورت گیرد و بی‌درنگ به داخل رحم زوج انتقال یابد (اسمیت، ۲۰۰۵، ص ۱۵۸ و ۷۴-۶۴). موضع کلیسای ارتدوکس و پروتستان نیز بر جایز نبودن استفاده از رحم جایگزین است (رحیمی، ۱۳۸۷، ص ۱۸۱-۱۶۵). در دین اسلام نیز فقهای اهل سنت بیشتر بر حرمت استفاده از لقاح خارج از رحم و همچنین رحم جایگزین رأی داده‌اند و به ظاهر دلیل آنان این است که نیازی به لقاح خارج از رحم وجود ندارد و مردان می‌توانند با برگزیدن همسری دیگر تولید مثل نمایند. به علاوه لقاح خارج از رحم موجب انجام مقدمات حرامی می‌شود که نباید صورت گیرد. به عنوان مثال شورای تحقیقات اسلامی دانشگاه الازهر در آوریل سال ۲۰۰۱ استفاده از رحم جایگزین را محکوم

نمود (عتیقه‌چی، ۲۰۰۷، ص ۱۴۶-۱۳۵). طبق نظر فقهای شیعه، اگر در جریان باروری مصنوعی، رفتار ناروایی مانند نگاه، تماس نامحرم، خودارضایی و... تحقق نیابد؛ لقاح خارج از رحم، خالی از اشکال می‌باشد (ناصری مقدم، ۱۳۸۷، ص ۲۹-۱۴). اما در رابطه با رحم جایگزین دو نظر وجود دارد. برخی همانند آیت الله شیخ جواد تبریزی، آیت الله فاضل لنکرانی، آیت الله بهجت و آیت الله نوری همدانی با استفاده از رحم جایگزین مخالفت نموده‌اند (رحیمی، ۱۳۸۷، ۱۸۱-۱۶۵). و عده کثیری مانند آیت الله خامنه‌ای، آیت الله مکارم شیرازی، آیت الله بجنوردی، آیت الله صانعی، آیت الله موسوی اردبیلی، آیت الله مومن، رحم جایگزین کامل را جایز دانسته و منع شرعی برای آن قائل نشده‌اند مشروط بر اینکه اتفاقات غیرشرعی در اثنای تلقیح مصنوعی و جایگزینی بروز نکند. از نظر آنان پرداخت اجرت نیز صحیح است. آیت الله منتظری فقط انتقال جنین به رحم زن بدون شوهر را جایز دانسته‌اند (گرمارودی، ۱۳۸۷، ص ۶۴-۵۰، رحیمی، ۱۳۸۷، ص ۱۸۱-۱۶۵ و رخشنده‌رو، ۱۳۸۶، ص ۸۳-۶۱).

فرایند رحم جایگزین، مستلزم حضور و شرکت دو زن در فرایند تولید مثل است. هر یک از این دو زن، یکی از نظر تکوینی از طریق تخمک و دیگری از نظر حمل و زایمان، با این کودک ارتباط طبیعی دارند. حال این سؤال مطرح می‌شود که از نظر فقهی مادر کیست؟

باید توجه داشت کلمه جایگزینی مفهوم دقیق از چگونگی جایگزینی رحمی را انعکاس می‌دهد و باید مفهوم مادری مستفاد از این کلمه حذف گردد چرا که رحم جایگزین، موقعیتی جهت تقویت مفهوم مادری نیست (بهجتی اردکانی، آخوندی، یغمایی و همکاران، ۱۳۸۷، ۱۱۴-۱۰۷).

آیت‌الله خوئی، آیت‌الله اراکی، آیت‌الله معرفت (ره)، آیت‌الله تبریزی (ره)، آیت‌الله روحانی، آیت‌الله فاضل لنکرانی بر این عقیده‌اند که زنی که جنین را حمل کرده و می‌زاید مادر کودک است. آنان طفل را به زن متقاضی فرزند ملحق و زن صاحب رحم را مادر تلقی می‌کنند، در حالی که آیت‌الله منتظری، آیت‌الله مومن، آیت‌الله صانعی، آیت‌الله مکارم شیرازی، آیت‌الله خامنه‌ای، آیت‌الله سیستانی، آیت‌الله صافی گلپایگانی و عده‌ای از فقهای اهل سنت، زن صاحب تخمک را مادر طفل می‌دانند. براساس این اجماع حق امتناع از استرداد کودک در زمان اهدا به صاحبان گامت وجود ندارد (پشمی، احمدی، طباطبایی، ۱۳۸۷، ص ۳۷۲-۳۶۱، گرمارودی، ۱۳۸۷، ص ۶۴-۵۰، رحیمی، ۱۳۸۷، ص ۱۸۱-۱۶۵ و رخشنده‌رو، ۱۳۸۶، ص ۸۳-۶۱). در این میان آیت‌الله موسوی اردبیلی^۴ و آیت‌الله صادقی تهرانی، نظریه دو مادری را برگزیده و به هر دو زن یعنی صاحب تخمک و صاحب رحم نقش مادری داده‌اند (رخشنده‌رو، ۱۳۸۶، ص ۸۳-۶۱). دکتر موحد ابطحی با استناد به ۱۸ آیه از قرآن مجید (سوره بقره ۲۲۳ و ۲۲۸، نسا ۲۳ و ۲۵، زمر ۶، مومنون ۱۲، ۱۳ و ۱۴، طارق ۵، ۶ و ۷، لقمان ۱۴، احقاف ۱۵، نجم ۳۲، نحل ۷۸، مجادله ۲، غافر ۶۷ و حج ۲) و نیز دو روایت از وسایل‌الشیعه و بحارالانوار چنین استنباط می‌کند: واژه مادر از زمان باردار شدن زن تا زاییدن و شیردهی اطلاق می‌شود و سپس نتیجه‌گیری می‌کند مادر جایگزین نیز همانند مادر ژنتیکی، مادر جنین حاصل از جایگزینی رحمی است (موحد ابطحی، ۱۳۸۶، ص ۳۵). در حالت جانشینی با باروری مصنوعی، مادر جانشین، مادر طفل محسوب می‌شود (نایب‌زاده، ۱۳۸۰).

در مورد فردی که با روش‌های نوین پزشکی از مادر جایگزین تکون و تولد یافته، این پرسش خودنمایی می‌کند که وضعیت نسب و قرابت او و در نتیجه پیامدها و آثار آن به چه ترتیبی خواهد بود؟ نسب یا نژاد براساس تعاریف رایج در

لسان فقها و حقوقدانان، عبارت است از هرگونه رابطه خونی میان دو نفر که به سبب تولد یکی از آنها از دیگری یا تولدشان از شخصی ثالث تحقق می‌یابد. نسب دربر دارنده بسیاری از آثار و نتایج مهم مانند ارث، حریمیت، حضانت و... می‌باشد. نوزاد متولد شده از نوع جایگزینی کامل، هیچ ارتباط ژنتیکی با مادر جایگزین ندارد و کاملاً به والدین حکمی منسوب است و با استفاده از ملاک قرابت رضاعی در اسلام می‌توان حکم ممنوعیت نکاح را بین صاحب رحم و طفل به دنیا آمده محقق دانست. این قرابت را که از نظر ممنوعیت نکاح در حکم قرابت رضاعی است، قرابت مادر جانشینی نام نهاده‌اند (نایب‌زاده، ۱۳۸۰). براساس آن در انتخاب رحم جایگزین باید دقت نمود تا از محارم نسبی صاحب اسپرم نباشد و از اختلاط انساب جلوگیری شود تا این شیوه به استحکام خانواده و نه از هم پاشیدگی آن منتهی شود زیرا در فقه امامیه این مطلب آمده است که اگر رضاع پس از عقد نکاح محقق شود همان اثر قبل از عقد را دارد و عقد قبلی ممکن است باطل شود به عبارت دیگر چنانچه مثلاً مادر مرد نازا به عنوان مادر جانشین باردار شود، پس از تولد کودک، نکاح منحل می‌شود زیرا کودک، برادر یا خواهر رضاعی پدر محسوب می‌شود و مرد دیگر نمی‌تواند با همسر خود (مادر واقعی برادر یا خواهرش) رابطه نکاحیه داشته باشد. همین امر را درباره بقیه افرادی که به واسطه رضاع نمی‌توانند ازدواج نمایند باید مورد توجه قرار داد (الجبلی العاملی، ۱۳۸۰ و حلی، ۱۳۷۴، ص ۳۲۸).

حضانت طفل متولد در اثر حالت مادر جانشین، براساس قوانین حاکم بر حضانت تعیین می‌شود که فروض گوناگونی در این مورد مطرح شده است. در صورتی که مادر جانشین مادر قانونی طفل باشد، شوهردار بودن وی در زمان تولد مانع اجرای حق حضانت خواهد بود. در فرض دو مادری بودن طفل با استناد به قواعد حاکم بر حضانت و ارتباط آنها با نظم عمومی و رعایت ملاک مصلحت و سعادت طفل،

مادر حکمی را به عنوان کسی که حضانت طفل با اوست، تعیین نموده‌اند. مباحث گوناگونی پیرامون ارث و وصیت در مورد حالت مادر جانشین مطرح شده است. در صورتی که قائل به دو مادری بودن طفل باشیم وی از طریق دو رابطهٔ مادری ارث خواهد برد (نایب‌زاده، ۱۳۸۰).

رحم جایگزین از منظر اخلاقی

روش‌های کمک باروری، تحول عظیمی در توانمندی بقای نسل و تحکیم ساختار خانواده زوج‌های نابارور ایجاد کرده است. اما این تکنولوژی نیز مانند هر تکنولوژی جدید در پزشکی، با خود سؤالاتی در مورد درست و نادرست اخلاقی پیش می‌کشد. بررسی اخلاقی تولید مثل‌هایی که به مدد فناوری جدید صورت می‌گیرد، از مهمترین مباحث اخلاق زیست‌شناختی می‌باشد.

یکی از مسائل مهم اخلاقی که در فرایند مادر جایگزین مطرح می‌شود، حفظ شأن و کرامت انسانی است. شأن انسانی منشأ اصل استقلال فردی از اصول چهارگانهٔ اخلاق زیستی است. هر یک از ابناء بشر بنا به انسان بودن محق هستند که به شرافت انسانی‌شان احترام گذاشته شود و آنچنان که کانت قائل است؛ به عنوان هدف غایی در نظر گرفته شوند و از استفادهٔ ابزاری از ایشان پرهیز شود. لحاظ نمودن مشاوره‌های کامل برای تمام افراد درگیر در این فرایند می‌تواند با احترام به حق اتونومی افراد در انتخاب آزادانه و آگاهانه این روش، پذیرش مسئولیت و تعهداتشان را در این قرارداد افزایش دهد. اصل دیگر اخلاقی رعایت سودرسانی و عدم اضرار به افراد درگیر در این فرایند است که لزوم غربالگری‌های پیش از بارداری مادر جایگزین و والدین ژنتیکی از نظر آلودگی به ایدز، هپاتیت و...، مراقبت‌های مناسب حین بارداری، تعیین مرز حداکثر سن برای پدر و مادر ژنتیکی

را پیش می‌کشد. برای اطمینان از اینکه بارداری برای مادر جایگزین آسیبی ایجاد نخواهد کرد، آمادگی روحی وی نیز برای این فرایند باید بررسی شود. جنبه مهم دیگری که در پیشگیری از ضرررسانی به کودک مطرح است و باید به آن توجه نمود، هویت کودک به دنیا آمده با استفاده از این روش است. به دلیل عدم مقبولیت و پذیرش اجتماعی خانواده‌های غیر مرسوم مانند خانواده‌های تک والد و برای اجتناب از صدمه روحی به کودک، باید اجازه تولد وی در یک خانواده کامل داده شود و از مادر جایگزین برای اهدای کودک به افراد بدون زوج یا زوجه اجتناب شود (اصغری، ۱۳۸۷، ص ۳۵-۳۰).

بهره‌برداری اقتصادی از مادر جایگزین باعث استفاده ابزاری از انسان و استثمار زنان کم درآمد و فقیر بخصوص در جوامع در حال توسعه با نقض اصل عدالت، به نفع خدمت‌رسانی به افراد پردرآمد خواهد شد و قویاً مطرح کننده جایگزینی تجاری می‌باشد (اصغری، ۱۳۸۷، ص ۳۵-۳۰). در این حالت، مادر جایگزین در ازای دریافت پول از زوجین نابارور، حاضر به ایفای نقش می‌گردد. متأسفانه در کشور ما بیشتر موارد رحم جایگزین، از نوع جایگزینی تجاری می‌باشد (آرامش، ۱۳۸۷، ص ۴۲-۳۶ و گرمارودی، ۱۳۸۷، ۶۴-۵۰). جایگزینی تجاری به علت ماهیت بهره‌کشانه رابطه از مادر جایگزین، فروش آنچه که بواسطه کرامت انسانی غیرقابل فروش است و منسوخ نمودن اهدای نوع دوستانه، عملی غیراخلاقی به شمار می‌آید. حضور بنگاه‌ها و دلالان مادر جایگزین می‌تواند این بهره‌کشی را تشدید نماید، لذا به هر شکلی از تأسیس و ایجاد هر نوع مؤسسه، بنگاه و واسطه‌ای در شناسایی و معرفی جایگزینی رحمی باید خودداری گردد. در حال حاضر نوعی اجماع نسبی جهانی دال بر ممنوعیت جایگزینی تجاری وجود دارد. اگرچه منع استفاده از آن، عوارض نامطلوبی دارد اما مشکلات اخلاقی جایگزینی تجاری، چندان زیادند که به شکل

واضحی بر منافع آن غلبه دارند زیرا زنان به سادگی، جهت تامین معیشت خانواده‌های آسیب دیده از فقر و اعتیاد خود، تن به این امر داده و سلامت و عاطفه خود را با پولی معاوضه می‌کنند که در بسیاری از موارد، حتی خود اختیاری در نحوه خرج آن ندارند. بی‌تردید، رضایت این گروه از زنان جهت رحم جایگزین، به شدت مخدوش است. سه عنصر مهم در رضایت آگاهانه، اهلیت، آگاهی و آزادی است. مورد اول با فرض اینکه مادر جایگزین تنها در افراد بالغ و واجد اهلیت انجام خواهد شد، حذف می‌شود اما دو موضوع مهم دیگر در روایی این توافق یعنی آگاهانه و آزادانه بودن باید مورد توجه قرار گیرد. شرط آگاهی حکم می‌کند که طرفین این قرارداد از تمام اطلاعاتی که ممکن است در تصمیم‌گیری‌شان مؤثر باشد، آگاهی یابند. بنابه احتمال تأثیر تعارض منافع تیم درمانی که از این شیوه درآمد و اعتبار کسب می‌کنند، بهتر است امکان استفاده از مشاوره و دریافت اطلاعات را از فردی مستقل از تیم درمان فراهم آورند. همچنین باید به طرفین فرصت کافی برای تصمیم‌گیری داده شود. شرط دیگر روایی رضایت آگاهانه در این توافق، آزادی مادر جایگزین در انتخاب و پذیرش این مسئولیت است. بستگان نزدیک والدین نابارور، به خصوص مادر یا خواهر ممکن است دچار احساس اجبار اخلاقی شوند که خود را ناگزیر از پذیرش بارداری جایگزین برای کمک به ایشان بدانند. به این منظور تشکیل و نظارت کمیته اخلاق که مستقل از تیم درمان باشد، می‌تواند به میزان قابل توجهی در اطمینان از ارائه اطلاعات کافی و عدم اجبار در انتخاب این شیوه کمک کننده باشد. کمیته اخلاق موظف است اطمینان یابد که پرداخت‌های مالی چیزی فراتر از جبران هزینه‌های درمان و مراقبت و از کارافتادگی نبوده و برای شرکت در این قرارداد وسوسه‌انگیز نیست (اصغری، ۱۳۸۷، ص ۳۵-۳۰).

رحم جایگزین تنها در صورتی از نظر اخلاقی پذیرفتنی است که از روی نوع دوستی انجام گیرد البته جبران هزینه‌هایی که مادر جایگزین در طول بارداری متحمل می‌شود، از نظر اخلاقی بی‌اشکال است. این هزینه‌ها مشتمل بر هزینه‌های پزشکی، درمان عوارض بارداری و زایمان، جبران درآمد از دست رفته به علت عدم حضور در محل کار و سایر موارد مشابه می‌باشد. از نظر اخلاقی، منطقی به نظر می‌رسد که زنان اهداء کننده تنها یک بار در طول زندگی خود، نقش مادر جایگزین را برعهده بگیرند، مگر برای همان زوجی که بار اول این فرایند را برایشان آغاز کرده بودند، زیرا علاوه بر کاهش احتمال بهره‌کشی، بار جسمانی و روانی حاملگی‌های متعدد بیش از آن است که اجازه تکرار انجام نوع دوستانه آن داده شود (آرامش، ۱۳۸۷، ص ۴۲-۶۳). تکرار این عمل در هند بیش از ۳ بار ممنوع می‌باشد (پانده، ۲۰۱۰). مطمئناً در صورت ایجاد بستر فرهنگی اجتماعی مناسب و با دید جلوگیری از تلاشی بنیان خانواده و امکان فرزنددار شدن زوج‌های نابارور، جایگزینی رحمی همانند اهدای خون و عضو، عملی ایثارگرانه و نوع دوستانه تلقی خواهد شد (آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۷، ص ۱۳-۷). تبدیل عمل به اقدامی نوع دوستانه تا منبعی برای کسب درآمد، می‌تواند نقیصه اخلاقی موجود را سامان بخشد.

یکی دیگر از نگرانی‌های اخلاقی در حیطه شأن و کرامت انسانی، استفاده از مادر جایگزین برای شبیه‌سازی سایر افراد یا دستکاری‌های ژنتیکی است. از دیگر نگرانی‌ها، گسترده شدن استفاده از این روش برای زوج‌هایی است که توانایی بارور شدن دارند اما به لحاظ ملاحظات اجتماعی و عدم تمایل به تحمل زحمت بارداری مایل به بارداری نیستند.

رحم جایگزین از منظر جامعه‌شناسی و روانشناختی

طبق نظر جامعه‌شناسان، پزشکی شدن / پزشکی کردن تجربه مادری از طریق رحم جایگزین، فرایندی است چند بعدی که با مغشوش کردن تجربه مادری طبیعی، شکل خاصی از آن را که حاصل ساخت انسان‌هاست، به عرصه نمایش می‌گذارد (قاضی طباطبایی، و دادهیر، ۱۳۸۷، ص ۱۶۴-۱۴۴).

برای بررسی جنبه‌های اخلاقی و اجتماعی درمان با رحم جایگزین، مقایسه این درمان با اهدای عضو کمک کننده است، اگرچه نگرانی‌های جامعه‌شناختی و احتمال آن که افراد با انگیزه‌های اقتصادی مورد سوء استفاده قرار گیرند، نیازمند توجه است (یوسفی و قهاری، ۱۳۸۷، ص ۱۴۳-۱۳۷). در ضمن از نظر بازتاب‌های محیطی، این خطر که مادران جایگزین مورد تحقیر و برخورد نامناسب دوستان یا اطرافیان قرار گیرند وجود دارد که خود این مسئله از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی مادران جایگزین به شمار می‌آید (بلیت، ۱۹۹۴، ص ۱۹۸-۱۸۹).

اگر چه از هر چهار زوج نابارور، یک زوج مبتلا به افسردگی و از هر شش زوج نابارور یک زوج مبتلا به اضطراب است (قربانی، ۱۳۸۶) و از هر دو زوج نابارور یکی دچار مشکلات ارتباطی بین خود و همسر و یا بین خود و اطرافیان می‌شود، اما بارداری به روش رحم جایگزین را نیز به عنوان تجربه روانی پرخطری باید تلقی نمود (فضلی خلف، شفیع آبادی و ترحمی، ۱۳۸۷، ص ۴۹-۴۳). روابط مادر با کودک قبل از تولد شکل می‌گیرد و منجر به احساس دلبستگی در همان ابتدای بارداری می‌شود تحویل کودک این حس را برای مادر جایگزین مخدوش ساخته و از سویی دیگر بعلت عدم تجربه آن توسط مادر ژنتیکی، ایفای نقش مادری را با مشکل مواجه می‌سازد (ناظمی اردکانی و لاری، ۱۳۸۶، ص ۵۲).

بازگرداندن کودک ممکن است موجب بروز اضطراب شده و تجربه پریشان کننده‌ای برای مادر جایگزین باشد و منجر به مشکلات روانشناختی گردد. این زنان در معرض افسردگی بعد از زایمان، احساس خشم و گناه هستند که مطرح کننده لزوم مشاوره دقیق و مداوم، نیز حمایت تیم تخصصی روانشناسی در جریان فرایند رحم جایگزین می‌باشد. این در حالیست که نتیجه برخی تحقیقات، نه تنها مشکلات روانشناختی حادی را برای مادران جایگزین گزارش نکرده، بلکه بر تجارب مثبت تأکید بیشتری دارند

(Jadva et al, 2003 & Shenfield et al, 2005).

رحم جایگزین از منظر حقوقی

در مورد مساله استفاده از رحم جایگزین برای درمان زوج نابارور، برخی نظام‌های حقوقی آن را کاملاً ممنوع و برخی کاملاً مجاز اعلام نموده‌اند. در این میان، نظام حقوقی ایران در این زمینه سکوت کرده است (کریمی و همکاران، ۱۳۸۶).

استفاده از رحم جایگزین نوعی واقعیت عملی است و نظام حقوقی کشورمان در خصوص رحم جایگزین ملزم به تعریف و تعیین مسئولیت‌ها و وظایف است. مفهوم متعارف و هماهنگ از رحم جایگزین، آن است که والدین جنین یا کودک متولد نشده (والدین حکمی) با زنی که مادر جانشین یا دایه پیش از تولد نامیده می‌شود، برای آبستنی، زایمان، نگهداری و پرورش جنین و یا نوزاد تا مدت معینی قرارداد ببندند. وی ممکن است مجرد یا متأهل باشد. در حقوق ایران بر مبنای نظم عمومی، ممنوعیت دایگی دختران و بیوه‌زنان پیشنهاد شده است (قاسم‌زاده، ۱۳۸۷، ص ۱۹۴-۱۸۲). به فرض متاهل بودن، نکته‌ای که در موضوع استقلال فردی مطرح می‌شود حق انتخاب زن برای مادر جایگزین بودن است. آیا او به تنهایی باید

تصمیم بگیرد یا حقوق سایر افراد خانواده‌اش نیز در این میان مطرح می‌شود؟ در حقیقت اتونومی مادر در تقابل با عدم اضرار به سایر اعضای خانواده قرار می‌گیرد. یقیناً آزادی انتخاب در این تصمیم نباید منجر به صدمه به بنیان خانواده وی و اعضای خانواده‌اش شود. همچنین مشارکت همسر در تصمیم‌گیری و نیز اعلام این موضوع به فرزندان برای حفظ روابط خانوادگی و همراهی با مادر جایگزین در پذیرش این مسئولیت بسیار مهم و مؤثر است، لذا برای اعتبار قرارداد، علاوه بر شرایط دیگر، رضایت شوهر مادر جانشین نیز لازم است (قاسم‌زاده، ۱۳۸۷، ص ۱۹۴-۱۸۲). انعقاد قرارداد مادر جانشین در تعارض با حقوق شوهر وی نسبت به تمکین همسرش طی دوره زمانی مقرر واقع می‌شود؛ در این راستا شوهر مادر جانشین حق تنفیذ یا رد قرارداد را دارد (نایب‌زاده، ۱۳۸۰).

بحث دیگری که از جنبه حق اتونومی در مادر جایگزین مطرح می‌شود، حق استقلال فردی مادر جایگزین یا والدین طرف قرارداد برای انصراف از قرارداد در حین باروری است. حق مادر جایگزین در سقط جنین، امتناع از مراقبت‌های بارداری، امتناع از غربالگری، عدم رعایت شیوه زندگی ایمن و در نهایت عدم تمایل وی به تحویل کودک به والدین ژنتیکی از مواردی است که باعث نگرانی از نتیجه استفاده از این روش کمک باروری می‌شود. به عبارت دیگر استقلال فردی مادر جایگزین در تعارض با پذیرش مسئولیت قرار می‌گیرد. آنچه مادر جایگزین را از بارداری معمول متمایز می‌کند ماهیت دوسویه و قراردادی آن است. بنابراین تمامی مراحل بررسی، اقدامات و مراقبت‌ها، عوارض، احتمال به دنیا آمدن کودکی با ناتوانی یا نقص مادرزادی، گزینه‌های دیگر برای داشتن فرزند، جوانب عاطفی، ملاحظات اجتماعی، موازن حقوقی و مسئولیت‌هایی که طرفین می‌پذیرند، همگی باید بطور شفاف و به زبان قابل فهم به ایشان ارائه شود و موارد لازم در قرارداد قید

شوند. بعنوان مثال، ممکن است جنین در اثنای بارداری به مراقبت‌های ویژه پزشکی نیاز داشته باشد، نوزاد دارای نقص مادرزادی یا ژنتیکی باشد، زوجین متقاضی رحم جایگزین کارشان به طلاق بینجامد، حاملگی چندقلویی باشد و... (مواردی که در اصل قرارداد پیش‌بینی نشده‌اند) که در این صورت طرفین برحسب شرایط به راحتی می‌توانند از آن سر بزنند. اگرچه قرارداد رحم جایگزین با توافق طرفین شکل می‌گیرد اما برای هر کدام از آنها حقوقی خاص متصور است که باید تدوین شود تا از مشکلات احتمالی و ادعای حقوقی طرفین جلوگیری شود (رخشنده‌رو، ۱۳۸۶، ص ۸۳-۶۱). این قراردادها به قراردادهای مادر جانشینی تجارتي و قراردادهای مادر جانشینی نوع دوستانه تقسیم می‌شوند. موضوع تعهد والدین حکمی در قرارداد مادر جانشینی تجارتي، پرداخت پول به مادر جانشین می‌باشد. والدین حکمی در قرارداد مادر جانشینی نوع دوستانه، تعهدی در مقابل تعهد مادر جانشین ندارند و تعهد آنها که ناظر به پرداخت هزینه‌های انجام ترتیبات مادر جانشینی و مواردی از این قبیل می‌باشد، چهره فرعی داشته و در مقابل تعهد اصلی مادر جانشین قرار نمی‌گیرد. از نظر حقوق ایران مبنای پول پرداختی به مادر جانشین در قرارداد مادر جانشینی نوع دوستانه براساس مصالحه است در حالی که پرداخت پول در قرارداد مادر جانشینی تجارتي دارای دو مبنا است: قسمتی از پول در مقابل خدمات مادر جانشین قرار می‌گیرد که ریشه قراردادی دارد و قسمت دیگر بر مبنای مصالحه است که در رابطه با خسارات و هزینه‌های مادر جانشین می‌باشد (نایب‌زاده، ۱۳۸۰).

موضوع تعهد مادر جانشین، حمل جنین در رحم، به دنیا آوردن بچه و تسلیم او به مجرد تولد به والدین حکمی می‌باشد. مهمترین بحث در مورد تعهدات مندرج در قرارداد از نظر شرایط اساسی صحت معاملات، مشروع بودن کار مورد تعهد

مادر جانشین دائر بر حمل جنین و به دنیا آوردن بچه است که در بررسی فقهی دلیل قاطعی بر مخالفت این تعهد با الزامات شرعی مشاهده نگردیده است. ماهیت حقوقی قرارداد مادر جانشین در قالب عقود اجازه اشیا (اجازه رحم)، اجازه اشخاص، ودیعه، عاریه نمی‌گنجد و باید آن را براساس قرارداد خصوصی موضوع ماده ۱۰ قانون مدنی توجیه کرد؛ ضمن این که حق مادر جانشین بر اعضا بدن خود در زمره حقوق مربوط به شخصیت می‌باشد. البته با توجه به ارتباط این قرارداد با حقوق خانواده و ویژگی‌های منحصر به فرد تعهدات موضوع قرارداد باید پذیرفت که اجرای کامل قواعد عمومی قراردادها در این قرارداد امکان‌پذیر نیست. قرارداد مادر جانشین عقدی لازم است که در گروه عقود عهدی قرار دارد. قرارداد مادر جانشین تجارتي از عقود معوق و قرارداد مادر جانشین نوع دوستانه از عقود غیر معوض است. قرارداد مادر جانشین در زمره عقود مسامحه می‌باشد (نایب‌زاده، ۱۳۸۰).

در حالت مادر جانشینی با تخمک/ جنین اهدایی، علاوه بر تنظیم رابطه حقوقی با اهدا کننده گامت یا اهدا کنندگان جنین در اهداء آشکار یا با نام و اعمال آثار حقوقی مخصوص به خود، در قرارداد اهداء مخفیانه گامت/ جنین، در حقوق ایران برای رسیدن به مطلوب والدینی حکمی باید به نحوی آثار ناشی از رابطه بیولوژیکی بین اهدا کننده گامت یا اهدا کنندگان جنین را در مورد نسب طفل از بین برد که در این زمینه دخالت قانونگذار از طریق تدوین قانون موضوعه لازم است، بنظر می‌رسد با اصلاح جزیی در قانون حمایت از کودکان بی سرپرست مصوب ۱۳۵۴ می‌توان حقوق و مسئولیت‌های پدري و مادی را برای والدین حکمی یا متقاضی نسبت به کودک حاصله از این حالت برقرار نمود (نایب‌زاده، ۱۳۸۰).

برای محقق شدن شرایط صحت قرارداد، لازم است قرارداد بطور مکتوب و حتی با تنظیم سند رسمی منعقد گردد. طرفین نمی‌توانند هر گاه که بخواهند این توافق را برهم زنند و یا به موجب موت هر یک از طرفین، قرارداد فسخ نمی‌شود (ماده ۶۳۸ قانون مدنی). در موارد انحلال قرارداد پیش از پایان آن یعنی در صورتی که پیش از باردار شدن، قرارداد حامل جنین پایان یابد مثلاً چنانچه پس از چند بار کاشت جنین در رحم، بارداری صورت نگیرد، کلیه هزینه‌های تحمیل شده به حمل‌کننده جنین، برعهده والدین ژنتیکی خواهد بود. ممکن است اجرت خدمات مادر جایگزین به صورت اقساط پرداخت گردد، در صورت چندقلوزایی باید این مبلغ افزایش یابد و اگر مدت بارداری حداقل ۳۲ هفته باشد تمام مبلغ پرداخت خواهد شد. در صورتی که کودک با زایمان طبیعی به دنیا نیاید و سزارین صورت گیرد، مبلغی باید به اجرت اضافه شود و در صورتی که هزینه‌های درمانی تحت شمول بیمه قرار نگیرد این هزینه‌ها نیز باید جداگانه پرداخت گردد. در حقوق ایران، سقط جنین ممنوع است و تنها در صورت به خطر افتادن جان مادر یا در صورتی که معلوم شود جنین ناقص الخلقه است، پیش از چهار ماهگی مجاز بوده و دلیل دیگری آن را مجاز نمی‌کند (ماده ۶۲۳ قانون مجازات اسلامی و قانون سقط درمانی). در صورتی که حمل‌کننده جنین مطابق دستور پزشک مسئول، جنین را برای نجات خویش سقط نماید، دیگر پرداختی به او صورت نخواهد گرفت. البته پرداخت‌هایی که تا آن تاریخ به او صورت گرفته است متعلق به او خواهد بود و هزینه‌های درمانی نیز برعهده والدین ژنتیکی خواهد بود اما در صورتی که سقط جنین بدون ضوابط و نظر پزشک مسئول صورت گرفته باشد، والدین ژنتیکی هیچ مسئولیتی نسبت به پرداخت اجرت ندارند و تنها موظفند هزینه‌های حمل‌کننده جنین را تا آن تاریخ پرداخت نمایند.

پرداخت حق بیمه عمر برای حمل کننده جنین توسط والدین ژنتیکی باید قبل از اولین لقاح خارج از رحم شروع گردد و تا دو ماه پس از زایمان یا پایان بارداری ادامه یابد و مبلغ آن نیز باید مورد توافق طرفین قرار گیرد.

والدین ژنتیکی مسئول کلیه هزینه‌های مشاوره پیش از بارداری، طی بارداری و پس از بارداری می‌باشند. هزینه آزمایشات پزشکی اولیه و هزینه‌های پزشکی دیگر همگی برعهده والدین ژنتیکی است. هزینه‌های دیگری نیز باید در قرارداد ذکر شود، در غیر این صورت والدین ژنتیکی تعهدی نسبت به آنها ندارند. هزینه‌هایی مانند اجرت خدمتکار برای انجام کارهای خانه حمل کننده جنین در صورتی که بارداری بیش از یک جنین یا بارداری پرمخاطره و همراه با استراحت مطلق باشد، هزینه‌های لباس دوران بارداری، هزینه‌های رفت و آمد به مطب پزشک یا مرکز مشاوره روانی.

در قرارداد باید ذکر گردد که در صورت فوت پدر ژنتیکی، کودک به مادر ژنتیکی تحویل داده خواهد شد و توافق به قوت خود باقی است و همچنین در صورتی که مادر ژنتیکی فوت کند، قرارداد به قوت خود باقی است و کودک باید به پدر ژنتیکی تحویل داده شود اما در صورتی که والدین ژنتیکی هر دو پیش از آنکه کودک به دنیا بیاید فوت کنند، فرد خاصی تعیین می‌شود تا هم مسئولیت کودک برعهده او قرار گیرد و هم این که او موظف به پرداخت هزینه گردد. در حقوق ایران این امر را می‌توان وصیت به پرداخت هزینه‌ها و وصیت به نگهداری کودک و اداره امور او در نظر گرفت که البته در صورتی وصیت صحیح تلقی می‌شود که کودک ولی قهری نداشته باشد.

در پایان قرارداد، امضای حمل کننده جنین و همسرش و نیز مادر و پدر ژنتیکی و نیز مسئول حقوقی یا ریاست مرکز ناباروری و یا کمیته اخلاق لازم می‌باشد.

در هر حال در صورتی که طرفین قرارداد از تعهداتی که به طور اجمالی بدان‌ها اشاره کردیم تخطی کنند، تقصیر قراردادی محقق خواهد شد و خسارات به بار آمده به سبب آن، قابل مطالبه خواهند بود. حدود این مسئولیت قراردادی را نیز می‌توان در قرارداد معین نمود، این مبلغ را دادگاه نمی‌تواند تغییر دهد (ماده ۲۳۰ ق.م.).

اما آنچه مربوط به مسئولیت قهری است، صورتی است که یا اساساً قرارداد صحیحی در میان نیست یا چنان تعهدی در آن درج نشده است یا همسر حمل‌کننده جنین بدان رضایت نداده است. در چنین صورتی اگر با آزمایش‌های پزشکی معلوم شود که کودک بطور ژنتیک متعلق به حمل‌کننده جنین و همسر او است، آیا هزینه‌های تحمیل شده به متقاضیان رحم جایگزین را می‌توان از حمل‌کننده جنین یا همسر او مطالبه نمود؟ به نظر می‌رسد که با توجه به عدم ارتکا تقصیر از سوی حمل‌کننده جنین و همسر او، پاسخ منفی است (رحیمی، ۱۳۸۷). به همین دلیل پیشنهاد می‌شود قانونگذار درباره رحم جایگزین دخالت نماید و چتر حمایتی خود را با تدوین قرارداد استاندارد و وضع قانون متناسب با در نظر گرفتن طیف گسترده‌ای از موارد غیرقابل پیش‌بینی ایجاد نماید (جلالیان، ۱۳۸۶). در کل، دخالت قانونگذار و وضع مقررات مشخص و روشن از اختلاف و نزاع جلوگیری خواهد کرد. زیرا ممکن است طرفین به سهو یا به عمد، جزییات را ذکر نکنند و در این صورت معلوم نیست که نتیجه دعوی با توجه به نبودن موضوع و اختلاف آراء اندیشمندان، چه خواهد بود و مسئولیت قراردادی طرفین تا چه حدی قابل استناد است. از طرفی محدودیت‌های قانونی در قوانین ثبت احوال فعلی، مجوز صدور گواهی ولادت را به نام زوج صاحب گامت نمی‌دهد و به ناچار پزشک یا ماما موظف است گواهی ولادت را تنها برای بانویی که فرزند را زایمان کند، صادر نماید. در این صورت فرزند حاصل تنها با مشخصات مادر باردار شناسایی شده و

صاحب شناسنامه می‌گردد. مگر اینکه پزشک به ناچار مرتکب انجام جرم شود و گواهی را به نام زوج نابارور متقاضی فرزند صادر نماید که موجد مسولیت کیفری و به تبع آن مجازات برای وی می‌باشد و یا اینکه بانوی صاحب رحم به ناچار مرتکب جرم شود و به نام زوج نابارور صاحب گامت در بیمارستان بستری شود. رحم جایگزین در موارد متعدد از جمله نحوه صدور گواهی ولادت با سکوت قانونی مواجه است. این محدودیت‌ها باعث گردیده است که این روش درمانی و مجاز به لحاظ شرعی و اخلاقی متوقف مانده و محدودیت متناهی را برای زوجین نابارور فراهم نماید (آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۷، ص ۷-۱۳). در این زمینه اصلاح ماده ۱۹ ثبت احوال به مجلس محترم شورای اسلامی، گامی در جهت رفع یکی از مشکلات قانونی کشور در صدور گواهی ولادت پیشنهاد شده است.

در رابطه با مطلع ساختن فرزند حاصل از رحم جایگزین، علیرغم اینکه اصل بر محرمانه بودن اطلاعات کسب شده در روش تولید مثل با دخالت شخص ثالث می‌باشد، در مورد «حق دانستن» که در حقوق خارجی برای طفل به دنیا آمده در نظر گرفته شده است، این اصل استثنا می‌شود (نایب‌زاده، ۱۳۸۰).

نتیجه

با توجه به اینکه فقهای شیعه توانسته‌اند همگام با تحولات پزشکی، فتاوی مناسبی برای حل مشکلات مربوط به ناباروری تدارک ببینند، نظام حقوقی کشور نیز باید نسبت به قانونمند و نظام‌مند شدن رحم جایگزین اقدام نماید تا در صورت بروز مشکلات احتمالی پاسخ صریح حقوقی وجود داشته باشد. در این راستا ضروری است برای پیشگیری از تبعات اجتماعی، راهکارها و قوانین مشخصی در مجلس و مراجع قانونی کشور مورد توافق قرار گیرند (یوسفی و قهاری، ۱۳۸۷).

از طرفی جهت نیل به هدف، بررسی جامع شرایط دو خانواده و دقیق‌تر و موجه‌تر شدن تصمیمات، تشکیل جلسات مشترک مشاوره‌ای و شکل‌گیری و نظارت کمیته‌های اخلاقی مراکز ناباروری مشتمل بر متخصص اخلاق، پزشک، جامعه‌شناس، حقوقدان و روانشناس بر موضوع رحم جایگزین ضروری بنظر می‌رسد (دباغ، ۱۳۸۷، ص ۱۲۹-۱۲۳). چنین کمیته‌ای مرجع مناسبی برای احراز روایی یا ناروایی استفاده از رحم جایگزین در فرایند بارداری خواهد بود.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Commissioning couple
- 2- Gestatory Surrogacy
- 3- Partial Surrogacy

۴- براساس استفتای دکتر سید طه مرقاتی از آیت الله موسوی اردبیلی در ۱۳۸۳/۳/۱۸

فهرست منابع

- Atighetchi D. Islamic Bioethics: Problems and Perspectives. Netherlands, Springer. 2007.
- Blyth E. I wanted to be interesting. I wanted to be able to say 'I've done something interesting with my live': Interviews with surrogate mothers in Britain. J Reprod Infert Psychol. 1994.
- Brinsden PR. Gestational surrogacy. Hum Reprod Update. 2003.
- Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. Hum Reprod. 2003;18.
- Pande A. Commercial Surrogacy in India: 9 Months of Labor?, Dissertation for the Degree of PhD of Sociology, University of Massachusetts Amherst, 2010.
- Semba Y., Chang Ch., Hong H., Kamisato A, Kokado M., Muto K; Surrogacy: Donor Conception Regulation in Japan, Bioethics. Oxford: 2010, 24(7).
- Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, Wert G.de, Tarlatzis B. Task force on ethics and law 10: Surrogacy. Hum Reprod. 2005;20(10).
- Smith GP. The Christian Religion and Biotechnology (A Search for Principled Decision-making). Netherland, Springer 2005.
- Snow D. From Commission to Conception: Commercial Surrogacy and Morality Policy in Canada, Thesis for the Degree of Master of Arts, University of Calgary, 2009.

سایت:

http://www.persianfemale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1277&Itemid=187

http://aftab.ir/news/2007/aug/18/c4c1187449927_social_health_therapy_pregnancy.php

آخوندی، محمد مهدی. رحم جایگزین منحصر به زوجین نابارور نیست، به نقل از همشهری، ۱۳۸۶/۸/۱۷، پرتال بانوان ایران.

- آخوندی، محمد مهدی؛ بهجتی اردکانی؛ زهره. (۱۳۸۷). رحم جایگزین و ضرورت استفاده از آن در درمان ناباروری، فصلنامه باروری و ناباروری.
- آرامش، کیارش. (۱۳۸۷). بررسی اخلاقی رابطه پولی در رحم جایگزین، فصلنامه باروری و ناباروری.
- اصغری، فریبا. (۱۳۸۷). ملاحظات اخلاقی در روش کمک باروری رحم جایگزین، فصلنامه باروری و ناباروری.
- افلاطونیان، عباس. (۱۳۸۶). رحم جایگزین، فصلنامه باروری و ناباروری، ضمیمه دوره ۸، شماره ۲.
- بهجتی اردکانی، زهره؛ آخوندی، محمد مهدی؛ یغمایی، فرهاد؛ میلانی‌فر، علیرضا. (۱۳۸۷). مشاوره و ارزیابی در جایگزینی رحمی، فصلنامه باروری و ناباروری.
- پشمی، منیر؛ احمدی، سید احمد؛ طباطبایی، سیدمحمد صادق. (۱۳۸۷). بررسی ابعاد مشاوره برای مادر جانشین قبل از اقدام به اهدای رحم جایگزین، فصلنامه باروری و ناباروری.
- الجبلی العاملی (شهید ثانی) زین الدین بن علی. (۱۳۸۰). الروضه البهیة فی شرح اللمعة الدمشقیة. به کوشش علیرضا امینی و سید محمد رضا آیتی، تهران: انتشارات سمت، موسسه فرهنگی طه.
- جلالیان، محمد تقی. (۱۳۸۶). صحت قرارداد استفاده از رحم جایگزین، فصلنامه باروری و ناباروری، ضمیمه دوره ۸، شماره ۲.
- حقیقت، فرشته؛ زاده‌وش، سمیه؛ علاءالدینی، زهره؛ معتمدی، سمیه؛ رسول زاده طباطبایی، سید کاظم. (۱۳۸۶). بررسی نگرش زنان و مردان ایرانی درباره رحم جایگزین بعنوان یکی از روش‌های درمان ناباروری، فصلنامه باروری و ناباروری، ضمیمه دوره ۸، شماره ۲.
- حلی (علامه حلی) حسن بن یوسف. (۱۳۷۴). مختلف الشیعه فی احکام الشریعه. قم: مرکز انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم، ۱۳۷۴، ج ۷.
- دباغ، سروش. (۱۳۸۷). بررسی مادری جایگزین از منظر فایده انگاری عمل محور، فصلنامه باروری و ناباروری.
- رحیمی، حبیب الله. (۱۳۸۷). مسوئیت مدنی ناشی از رحم جایگزین، فصلنامه باروری و ناباروری.
- رخشنده‌رو، هامیرا. (۱۳۸۶). استفاده از رحم جایگزین و حقوق زن، مجله علمی و پژوهشی مطالعات زنان، سال اول، شماره ۲.
- فضلی، خلف زهرا؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ ترحمی، مجید. (۱۳۸۷). جنبه‌های روانی بارداری به روش رحم جایگزین در زنان میزبان، فصلنامه باروری و ناباروری.
- قاسم زاده، سید مرتضی. (۱۳۸۷). قراردادهای رحم جایگزین (دایگی پیش از تولد) در حقوق ایران، فصلنامه باروری و ناباروری.

قاضی طباطبایی، محمود؛ ودادهیر، ابوعلی. (۱۳۸۷). رحم جایگزین: تاملی ساخت گرایانه بر پزشکی شدن مادری، فصلنامه باروری و ناباروری.

قربانی، بهزاد. (۱۳۸۶). پدیده رحم جایگزین و چالش‌های حقوقی پیش رو، آفتاب، شماره خبر: ۵۷۶، ۱۳۸۶/۰۵/۲۷، قابل دسترس از سایت:

https://aftab.ir/news/2007/aug/18/c4c1187449927_social_health_therapy_pregnancy.php

کریمی، فتنه؛ تنومند، اصغر؛ سعادت‌مند، مهیندخت؛ آقاخانی، سکینه. (۱۳۸۶). رحم جایگزین و نظرات فقهی و حقوقی درباره آن، فصلنامه باروری و ناباروری، ضمیمه دوره ۸، شماره ۲.

گرمارودی، شیرین. (۱۳۸۷). سخنی پیرامون رحم جایگزین در ایران، فصلنامه باروری و ناباروری. مجله اونیزه، شماره ۱۷، ۱۹۹۵، به نقل از روشهای نوین تولید مثل انسانی از دیدگاه فقه و حقوق (مجموعه مقالات)، پژوهشکده ابن سینا (جهاددانشگاهی) و سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت) تهران، ۱۳۸۰.

موحد ابطحی، سید مهدی. (۱۳۸۶). مادر جایگزین و راههای مادر شدن «رویکردی نو به آیات و روایات»، فصلنامه باروری و ناباروری، ضمیمه دوره ۸، شماره ۲.

میلانی فر، علیرضا؛ آخوندی، محمد مهدی؛ بهجتی اردکانی، زهره؛ عبدالله زاده، آزاده. (۱۳۸۷). اصدار گواهی ولادت و سند سجلی برای نوزاد حاصل از درمان با روش رحم جایگزین و مسولیت گروه پزشکی، فصلنامه باروری و ناباروری.

ناصری مقدم، حسین. (۱۳۸۷). واکاوی احکام فقهی نسب در کودک متولد از رحم جایگزین، فصلنامه باروری و ناباروری.

ناظمی اردکانی، فاطمه؛ لاری، فخری. (۱۳۸۶). روش جایگزینی رحم و دل‌بستگی روانی و اجتماعی بین مادر و فرزند، فصلنامه باروری و ناباروری، ضمیمه دوره ۸، شماره ۲.

نایب زاده، عباس. (۱۳۸۰). بررسی حقوقی روش‌های نوین باروری مصنوعی «مادر جانشین، اهدای تخمک یا جنین». تهران: انتشارات مجد.

نوروزی، محمدرضا. (۱۳۸۹). نازایی و ناباروری در ایران «ناباروری یکی از ۵ علل طلاق زوج‌های جوان»، ۱۳۸۹/۱/۲۳ قابل دسترس از سایت:

<http://www.iranmed.blogfa.com/>

یوسری، محمد؛ الحسنی، صفا. (۱۳۸۶). اهمیت رحم جایگزین در مذاهب و کشورهای مختلف اروپایی، فصلنامه باروری و ناباروری، ضمیمه دوره ۸، شماره ۲.

یوسفی، حمید؛ قهاری، شهربانو. (۱۳۸۷). رحم جایگزین: نگاهی بر جنبه‌های مختلف و چالش‌های آن، فصلنامه باروری و ناباروری.

یادداشت شناسه مؤلف

رقیه نوری زاده؛ دانشجوی دکترای بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

نشانی الکترونیکی: khaghanizade@bmsu.ac.ir

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۸۸/۸/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۳۰