

رحم جایگزین و ضرورت استفاده از آن در درمان ناباروری

محمد مهدی آخوندی (Ph.D.)^۱، زهره بهجتی اردکانی (B.Sc.)^۲

۱- مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی-ابن‌سینا، تهران، ایران

۲- مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری و سقط مکرر ابن‌سینا، پژوهشکده فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی-ابن‌سینا، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: پس از تولد اولین نوزاد ناشی از لقاح خارج رحمی، امکان درمان زوج‌های ناباروری فراهم شد که به دلایل ضعف در عوامل اصلی شکل‌گیری فرزند، توان باروری طبیعی را نداشتند. پیشرفت فن‌آوری‌های لقاح خارج رحمی، امکان جایگزینی گامت/ جنین یا رحم را در صورت مواجهه زوج با فقدان یا نقص یک یا برخی از این موارد، به شکل باروری شخص ثالث فراهم نمود.

روش بررسی: جایگزینی رحمی زمانی ضرورت می‌یابد که زوج، همه عوامل دخیل در شکل‌گیری فرزند را دارند ولی به دلیل فقدان رحم سالم، امکان داشتن فرزند از آنها سلب گردیده است. فن‌آوری‌های لقاح خارج رحمی IVF/ICSI این امکان را برای چنین زوج‌هایی فراهم نموده است که جنین سالم آنها در آزمایشگاه جنین‌شناسی تشکیل شود و در موقعیتی مناسب، به رحم شخص ثالث انتقال یابد. زمانیکه زنی آمادگی خود را برای در اختیار گذاشتن رحم خود برای انتقال جنین زوج متقاضی درمان، اعلام نماید و متعهد شود که پس از زایمان، فرزند را به صاحبان گامت عودت خواهد داد، جانشینی رحمی به منصفه ظهور رسیده است.

نتایج: روش درمانی جایگزینی رحمی، براساس منشأ تخمکی که برای ایجاد جنین به کار برده می‌شود به دو گروه عمده روش جایگزینی کامل و جایگزینی نسبی تقسیم می‌شود. اگر چه بر اساس نحوه استفاده از تخمک، اسپرم شخص ثالث و بکارگیری رحم جایگزین در روش لقاح خارج رحمی، به انواع متعدد دیگری نیز قابل تقسیم است. استفاده از این‌گونه روشها، در شکل‌گیری و تولد فرزند که با حضور شخص ثالثی محقق می‌گردد، مستلزم توجه به ابعاد متنوع فقهی، حقوقی، اخلاقی و فرهنگی (جامعه‌شناختی، روانشناختی) است. در حال حاضر در ایران، اجماع علما، در پاسخ به استفتایی که پژوهشکده ابن‌سینا در این مورد اخذ نموده است، امکان استفاده از رحم جایگزین را مجاز و حق امتناع از استرداد فرزند توسط بانوی صاحب رحم را مردود شناخته است. متأسفانه، به علت فقدان قانونی مدون، زوجین متقاضی درمان، یا از انجام درمان منصرف شده، یا مجبور به اقداماتی می‌گردند که بر اساس قوانین، جرم شناخته می‌شود. به‌عنوان مثال در قوانین فعلی، صدور گواهی ولادت فقط منحصر به زنی است که فرزند را زایمان می‌نماید؛ در این موقعیت، یا پزشک ناچار به صدور گواهی تولد به نام صاحبان گامت می‌گردد، یا بانوی صاحب رحم مجبور می‌شود به نام بانوی متقاضی رحم جایگزین بستری شود.

نتیجه‌گیری: تنظیم قراردادی دوطرفه بین زوجین متقاضی رحم جایگزین و بانوی صاحب رحم، با مشکلات عدیده قانونی، فرهنگی و پزشکی مواجه است. مراکز درمان ناباروری در تشخیص سلامت، ارائه مشاوره‌های مورد نیاز و نظارت بر توافق فی‌مابین نقش اساسی را ایفا می‌نمایند؛ در حالیکه بروز هرگونه اختلاف فی‌مابین در روند درمان، با خلأ قانونی موجود، مشکلات لاینحلی را برای طرفین قرارداد فراهم می‌آورد. با فراهم آمدن فن‌آوری استفاده از رحم جایگزین در کشور و نیاز مبرم زوج‌های نابارور متقاضی، تدوین مقررات و تنظیم لوایح قانونی ضرورت یافته و امکان مساعدی را در جهت رفع این‌گونه مشکلات و تقویت و استحکام بنیان خانواده، فراهم می‌سازد. آشنایی عموم با پیشرفت‌های فن‌آوری نوین باروری و فراهم آمدن امکان درمان زوج‌های ناباروری که به دلیل فقدان رحم یا ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج (نظیر سرطان) از داشتن رحم محروم شده‌اند، زمینه همدلی و همیاری بانوانی را در پی خواهد داشت که با ایثار و از خود گذشتگی و با جایگزینی رحم سالم خود امکان باروری زوج نابارور را فراهم می‌سازند.

کلید واژگان: رحم جایگزین، لقاح خارج از رحم، جایگزینی کامل، جایگزینی نسبی، زوج نابارور.

مسئول مکاتبه: محمد مهدی آخوندی (Ph.D.)، مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی-ابن‌سینا، دانشگاه شهید بهشتی، اوین، تهران، ایران.

پست الکترونیک: akhondi@avicenna.ac.ir

زمینه و هدف

پس از تولد اولین فرزند ناشی از لقاح خارج رحمی در سال ۱۹۷۸، فن‌آوری‌های نوین لقاح خارج رحمی به سرعت رشد و گسترش یافته، امید به داشتن فرزند را در زوجینی که علی‌رغم درمان‌های دارویی و جراحی عقیم شناخته می‌شدند افزایش داد (۱).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۱ ۱۰ الی ۱۵ درصد از زوج‌های جهان (بیش از ۸۰ میلیون) با مشکل ناباروری مواجه بوده و به نوعی نیازمند استفاده از فن‌آوری‌های کمک باروری (ART)^۲ هستند. استفاده از این روش‌های درمانی، امکان باروری زوج‌های ناباروری را فراهم نموده است که به دلایل ضعف در عوامل اصلی شکل‌گیری فرزند، توان باروری طبیعی خود را از دست داده‌اند (۲).

ضعف در تعداد، حرکت و مورفولوژی اسپرم، اختلال در تخمک‌گذاری، عدم وجود محیط فیزیکی-شیمیایی مناسب برای عبور اسپرم و توانمندی آن، فقدان لوله‌های رحمی سالم جهت باروری تخمک و عبور جنین در آن، زمینه را برای حذف قسمتی از عملکرد دستگاه تولید مثل از نظر آناتومیک (ساختمانی) یا فیزیولوژیک و انجام آن توسط فن‌آوری‌های لقاح خارج رحمی فراهم می‌نماید. برای مثال، در روش IUI^۳ با حذف نقش سرویکس، اسپرم متحرک و شسته شده شوهر مستقیماً به داخل رحم تلقیح می‌گردد (۳). در حالی که در روش IVF^۴، یا لقاح خارج رحمی، با حذف نقش سرویکس و لوله‌های رحمی، اسپرم شسته متحرک در محیط آزمایشگاهی مناسب در مجاورت تخمک امکان لقاح می‌یابد (۴) و در ICSI^۵ حتی اسپرم بدون تحرک مشابه روش IVF به تخمک تزریق شده و پس از شکل‌گیری جنین به رحم منتقل می‌شود (۵).

فقدان یا نقص یکی از عوامل اصلی شکل‌دهنده فرزند شامل: فقدان اسپرم/ اسپرم سالم، فقدان تخمک/ تخمک سالم، فقدان جنین/ جنین سالم، عدم وجود مادرزادی رحم (سندرم راکی تانسکی)، عدم وجود ثانویه رحم (هیستریکتومی به دلیل ابتلای فرد به فیبروم یا تومور، وجود نقص در ساختار رحم، ابتلای فرد به بیماری‌های زمینه‌ای نظیر بیماری‌های قلبی، سرطانی، لوپوس، آرتروز روماتوئید و دیابت پیشرفته، سابقه ابتلا به سقط مکرر و عدم موفقیت در سیکل‌های مکرر درمان ناباروری، موجب می‌شود که حتی با روش‌های لقاح خارج رحمی، امکان باروری زوج محقق نشود، در حالی‌که با جایگزینی یک یا تعدادی از این عوامل (باروری شخص ثالث) زمینه برای رفع مشکل ناباروری زوج فراهم می‌آید (۶).

تعریف رحم جایگزین: رحم جایگزین یعنی توافق با بانوی صاحب رحمی که آمادگی خود را برای 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^۶ و زوج نابارور والدین حقیقی فرزند تلقی می‌گردند (۷).

انواع رحم جایگزین: به طور کلی، روش درمانی جایگزینی رحمی بر اساس منشأ تخمکی که برای ایجاد جنین استفاده می‌شود به دو گروه عمده تقسیم می‌شود.

در گروه اول، بارداری بانوی صاحب رحم، در نتیجه لقاح آزمایشگاهی تخمک وی با اسپرم همسر زن نابارور حاصل می‌شود. در این روش، بانوی صاحب رحم از نظر ژنتیکی به کودک وابسته بوده و مادر بیولوژیکی/ ژنتیکی نیز محسوب می‌شود.

این روش جایگزینی نسبی^۷ زمانی مورد استفاده قرار می‌گرفت که تکنیک‌های لقاح خارج رحمی ابداع نگردیده بود (۸). اولین مورد ثبت شده رحم جایگزین در فصل

6- Surrogate mother
7- Conventional surrogacy

1- World Health Organization
2- Assisted Reproductive Technique
3- Intrauterine Insemination
4- In Vitro Fertilization
5- Intracytoplasmic Sperm Injection

خلقت کتاب انجیل قدیم مطرح شده است که در مورد ناباروری ساره همسر ابراهیم و تقاضای وی برای همبستری همسرش با ندیمه مصری خود هاجر است. ساره بعدها مدعی می‌شود که اسماعیل، فرزند هاجر، متعلق به اوست. اختلاف بین هاجر و ساره تا حدودی مشکلات استفاده از این عمل را مشخص می‌سازد.

در گروه دوم، تخمک و اسپرم زوج نابارور به روش لقاح خارج رحمی به جنین تبدیل شده و ضمن هماهنگ نمودن دو سیکل 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. در این روش، 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^۱ یا روش جایگزینی کامل^۲ نامیده می‌شود (۹). به‌طور کلی، بر اساس جایگزینی اسپرم، تخمک و یا رحم شخص ثالث در لقاح خارج رحمی و روش سنتی، جایگزینی رحمی به انواع متعددی تقسیم‌بندی می‌گردد که متداول‌ترین روش‌های آنها به شرح ذیل است:

در گروه اول، زوجه نابارور از داشتن رحم و تخمدان محروم است. در این گروه، از تخمک بانوی صاحب رحم از طریق روش‌های مختلف ذیل امکان شکل‌گیری فرزند محقق می‌شود:

۱- بانوی صاحب رحم از طریق ارتباط جنسی با همسر زوجه نابارور باردار می‌شود.

۲- اسپرم شسته شده همسر زوجه نابارور مستقیماً به رحم بانوی صاحب رحم منتقل می‌گردد (IUI).

۳- جنین حاصل از تخمک بانوی صاحب رحم و اسپرم همسر زوجه نابارور به رحم بانوی صاحب رحم (IVF/ICSI) انتقال می‌یابد.

در سه روش فوق بانوی صاحب رحم، مادر بیولوژیکی/ژنتیکی نوزاد به حساب می‌آید و همسر زوجه نابارور، پدر بیولوژیکی/ژنتیکی نوزاد محسوب می‌گردد.

در گروه دوم، زوجه نابارور از داشتن رحم محروم بوده و همسر زوجه نابارور نیز از داشتن اسپرم/اسپرم سالم محروم است. در این صورت، روش‌های مختلف ذیل مطرح می‌گردد:

۱- اسپرم شسته شده غیر (اهدایی)، مستقیماً به رحم بانوی صاحب رحم (IUI) منتقل می‌گردد.

۲- جنین حاصل از تخمک همسر زوجه نابارور با اسپرم غیر (اهدایی) به رحم بانوی صاحب رحم (IVF/ICSI) انتقال می‌یابد.

در دو روش فوق، زوجه نابارور به عنوان مادر بیولوژیکی/ژنتیکی نوزاد محسوب می‌گردد در حالی که همسر زوجه نابارور هیچگونه ارتباط بیولوژیکی/ژنتیکی با فرزند حاصل ندارد.

در گروه سوم، زوج و زوجه نابارور از داشتن گامت (اسپرم/تخمک) متعلق به خود محروم‌اند؛ در این صورت روش‌های مختلف ذیل مطرح است:

۱- اسپرم شسته شده غیر (اهدایی)، مستقیماً به رحم بانوی صاحب رحم (IUI) منتقل می‌گردد.

۲- جنین حاصل از تخمک بانوی صاحب رحم با اسپرم غیر (اهدایی) به رحم بانوی صاحب رحم (IVF/ICSI) انتقال می‌یابد.

۳- جنین حاصل از اسپرم و تخمک متعلق به زوج قانونی (اهدای جنین) با استفاده از فن‌آوری لقاح خارج رحمی (IVF/ICSI) به رحم بانوی صاحب رحم انتقال می‌یابد.

۴- جنین حاصل از اسپرم غیر (اهدایی) و تخمک غیر (اهدایی) با استفاده از فن‌آوری لقاح خارج رحمی (IVF/ICSI) به رحم بانوی صاحب رحم انتقال می‌یابد.

در چهار روش فوق، زوجین نابارور هیچ گونه ارتباط بیولوژیکی/ژنتیکی را با نوزاد حاصل ندارند.

1- Gestational surrogacy

2- Full surrogacy

روش بررسی

پیشرفت فن آوری‌های لقاح خارج رحمی و فراهم آمدن امکان استفاده از روش‌های متعدد درمانی در جایگزینی رحمی به دلایل ناباروری زوج و ضرورت‌هایی که زوج را مجبور به انتخاب باروری شخص ثالث می‌نماید، در عرصه‌های مختلف باورهای مذهبی، اخلاقی، جامعه شناختی، روانشناختی و حقوقی موجب بروز پرسشها و مشکلاتی گردیده که در موارد بسیاری همچنان بی‌جواب مانده و مستلزم مطالعات همه جانبه و تحقیقات گسترده است.

از نظر فرهنگی، اعتقادی و اخلاقی، استفاده از جایگزینی رحمی زمانی امکان‌پذیر است که زوج، به دلیل مشکل ناباروری خود و بر اساس ضرورت، این روشها را انتخاب نمایند. معمولاً مجوزهای شرعی در بکارگیری روش‌های باروری شخص ثالث با لحاظ ضرورت نیاز زوجین نابارور به استفاده از این درمانها صورت پذیرفته است و در این ارتباط، اسلام (به‌ویژه مذهب تشیع) با دید بسیار بازتری نسبت به موضوع رحم جایگزین، اهدای گامت/ جنین برخوردار نموده است. بنابراین، به‌نظر می‌رسد که هرگونه اندیکاسیون غیرپزشکی در استفاده از این روش‌های درمانی با مشکلات اخلاقی و شرعی روبه‌رو خواهد بود.

به‌دنبال فراهم آمدن امکان بکارگیری روش‌های لقاح خارج رحمی و باروری شخص ثالث در کشور، پژوهشکده ابن سینا، استفتائاتی را از مراجع عظام در خصوص رحم جایگزین به عمل آورد. اجماع نظر مراجع عظام بر جواز تشکیل آزمایشگاهی جنین زوج نابارور متقاضی رحم جایگزین و عدم جواز امتناع بانوی صاحب رحم از تحویل فرزند حاصل به زوج نابارور پس از زایمان است. متن استفتای انجام شده ذیلاً و نظرات آیات عظام در جدول ۱ آمده است:

جایگزینی در تمام روش‌های نُه گانه فوق بر اساس قراردادی صورت می‌پذیرد که بر مبنای آن بانوی صاحب رحم موظف است فرزند حاصل را پس از تولد به زوجین نابارور تحویل نماید (۱۰). در روش‌های فوق، آگاهی و عدم آگاهی بانوی صاحب رحم از ماهیت شکل‌گیری جنین و چگونگی فراهم آمدن گامت (اسپرم و تخمک)، آثار فقهی، حقوقی، روانی و اجتماعی متفاوتی را متقابلاً برای زوجین نابارور، بانوی صاحب رحم و فرزند حاصل به‌دنبال خواهد شد (۱۱).

ضرورت استفاده از جایگزینی رحمی: در جایگزینی رحمی، زوجین نابارور برای حفظ بنیان خانواده و جلوگیری از تلاشی آن، به دلایل متعدد پزشکی مجبور به انتخاب یکی از روش‌های فوق جهت درمان ناباروری و داشتن فرزند می‌گردند.

الف) عدم وجود مادرزادی رحم به دلیل اختلال در تکامل مجاری مولرین در دوران جنینی (سندرم راکی تانسکی و) (۱۲).

ب) عدم وجود ثانویه رحم در زن به دلیل هیستریکتومی (برداشتن رحم) و به علت ابتلای رحم زن به فیبروم، تومور و (۱۳).

ج) ابتلای زن به بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن نظیر بیماری‌های اتوایمیون، قلبی و سرطانی که بارداری و استفاده از رحم، سلامتی وی را با تهدید جدی مواجه می‌نماید (۱۴).

د) ابتلای زوج به سقط‌های مکرر که منجر به ناباروری و توقف خودبخودی بارداری گردیده است. در این حالت، رحم زوج نابارور توانایی حفظ و نگهداری جنین حاصل را تا پایان دوران بارداری ندارد (۱۵).

ه) عدم موفقیت در تکرار درمان ناباروری به روش لقاح خارج رحمی. در این حالت به دلایل ناشناخته، رحم، توانایی باروری یا حفظ و نگهداری جنین را تا پایان دوران بارداری نخواهد داشت (۱۶).

محمدر مبارک حضرت آیات عظام سیدعلی خامنه‌ای، علی سیستانی، نوری همدانی، صافی گلپایگانی، ناصر مکارم شیرازی، یوسف صانعی، عبدالکریم موسوی اردبیلی، میرزا جواد تبریزی، حسینعلی منتظری،

سلام علیکم.

همانطور که مستحضرید برخی از زوجین به دلیل اشکالاتی در رحم زوج، نظیر ابتلا به سرطان رحم یا نداشتن رحم به‌طور مادرزادی و عدم امکان حمل جنین، گرفتار معضل ناباروری‌اند (یعنی اسپرم و تخمک آنان اشکال ندارد). در چنین شرایطی می‌توان از اسپرم زوج و تخمک زوجه برای تشکیل جنین استفاده نمود. بدین ترتیب که پس از تحریک تخمک‌گذاری و جمع‌آوری تخمک‌های زوجه در اتاق عمل، تخمک‌های مزبور را با اسپرم زوج در آزمایشگاه جنین‌شناسی تلقیح و جنین حاصل را به رحم زن دیگری که او را زن حامل (یعنی زن صاحب رحم) می‌نامند، با موافقت قطعی وی و همسرش، منتقل نمود و پس از ختم بارداری و وضع حمل، نوزاد حاصل را به زوجین صاحب اسپرم و تخمک تحویل داد. متمنی است تعیین فرمایید در صورتی که فعل و لمس و نظر حرامی در این مسیر رخ ندهد:

۱- آیا عمل استفاده از رحم جانشین به شرح فوق بلاشکال است؟

۲- آیا زوجین صاحب تخمک و اسپرم می‌توانند مالی را به زن حامل تملیک کنند؟

۳- آیا زن حامل یا همسرش، علی‌رغم توافق قبلی با زوجین صاحب نطفه، می‌توانند از استرداد نوزاد به آنان خودداری نمایند؟

با سپاس

رئیس پژوهشکده

جدول ۱- پاسخ مراجع عظام در خصوص استفاده از رحم جایگزین

حضرات آیات عظام	پاسخ سؤال ۱: استفاده از رحم جایگزین	پاسخ سؤال ۲: پرداخت وجه	پاسخ سؤال ۳: حق امتناع از استرداد فرزند
حضرت آیت‌ا... خامنه‌ای	اشکال ندارد	اشکال ندارد	نوزاد متعلق به زوجین صاحب اسپرم و تخمک بوده و زن حامل حق امتناع از استرداد فرزند را ندارد
حضرت آیت‌ا... علی سیستانی	فی حد نفسه مشکل ندارد	مانعی ندارد	نمی‌توانند
حضرت آیت‌ا... صافی گلپایگانی	عمل مذکور به نفسه اشکال ندارد	اشکال ندارد	نمی‌توانند
حضرت آیت‌ا... مکارم شیرازی	این عمل ذاتاً اشکال ندارد	اشکالی ندارد	این کار بدون رضایت صاحبان نطفه جایز نیست. فرزند در صورتی که صاحبان نطفه و تخمک از آن اعراض نکرده باشند متعلق به صاحبان نطفه است.
حضرت آیت‌ا... یوسف صانعی	مانعی ندارد	-	با توجه به اینکه صاحب اسپرم پدر است و زن حامل و زن صاحب تخمک هر دو به نظر اینجانب مادر محسوب می‌شوند، در احکام مادری مشترکند و لازم است حقوق زن حامل نیز رعایت شود.
حضرت آیت‌ا... موسوی اردبیلی	اشکال ندارد	بلی می‌توانند	پدر و مادر نوزاد، زوجین صاحب اسپرم و تخمک‌اند و کسی حق جلوگیری از حضانت آنان را ندارد.
حضرت آیت‌ا... حسینعلی منتظری	مانعی ندارد ولی در رحم زن شوهردار قرار ندهند	اشکال ندارد	-
حضرت آیت‌ا... محمد مؤمن	جائز است	-	جایز نیست
حضرت آیت‌ا... نوری همدانی	جایز نیست و اشکال دارد	جایز نیست	و ضمناً فرزند صاحب تخمک و اسپرم می‌باشند.
حضرت آیت‌ا... بهجت	اشکال دارد و جایز نیست	-	-

بحث

به نظر می‌رسد آنچه موجب گردیده است که در برخی جوامع به دلایل فرهنگی- اخلاقی استفاده از فن‌آوری رحم جایگزین ممنوع و متوقف شود، عدم توجه به محدودیت ضرورت استفاده پزشکی از این فن‌آوری و تعمیم آن در موارد غیر پزشکی است (۱۷). این نگرش و اقدام، زمینه تجاری شدن استفاده از روش‌های لقاح

خارج رحمی و باروری شخص ثالث را با ورود گسترده فعالیت واسطه‌ها در ایجاد بازارهای نوپدید و پرسود مهیا کرده و به نوعی تلقی سوء استفاده از شأن و کرامت انسان و ترویج برده‌داری را فراهم آورده است (۱۸). این نوع نگرش و اقدام در فرهنگ دینی و اخلاقی- اسلامی ایران، پایگاه و جایگاهی ندارد. جهت جلوگیری از هرگونه سوء استفاده در این زمینه پیشنهاد

می‌گردد که در صورت تأیید اندیکاسیون‌های پزشکی، تنها مراکز درمان ناباروری، مجاز به استفاده از این روش‌های درمانی باشند و به هر شکلی از تأسیس و ایجاد هر نوع مؤسسه، بنگاه و واسطه‌ای در شناسایی و معرفی جایگزینی رحمی خودداری گردد. 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. این نوع نگرش، نگرانی‌های اخلاقی-شرعی را از بکارگیری فن‌آوری‌های کمک باروری در جایگزینی رحمی تا حدود زیادی کاهش داده، زمینه مناسبی را برای پیشگامی اقوام و آشنایان در این حمایت معنوی فراهم خواهد ساخت.

توجه به مبانی فرهنگی-اعتقادی استفاده از روش درمانی جایگزینی رحمی، زمینه را برای انجام مطلوب این درمان فراهم آورده است. در حالیکه در موقعیت حاضر مشکلات حقوقی حاصل از قوانین موجود سبب محدودیت‌های فراوانی در تهیه، تنظیم و تدوین توافق‌نامه فی‌مابین زوج نابارور و بانوی صاحب رحم و نیز نظارت مرکز درمان بر اجرای آن شده است و به نظر می‌رسد در شرایط فعلی این نوع قرارداد هیچگونه پایگاه و وجهت قانونی نداشته باشد. با فرض رفع این محدودیت و در صورتی که بستگان و آشنایان زوج نابارور، متقبل این ایثار و از خودگذشتگی

شده و رحم خود را به‌عنوان رحم جایگزین در اختیار زوج نابارور قرار دهند، 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 و یا اینکه بانوی صاحب رحم به ناچار مرتکب جرم شود و به نام زوجه نابارور صاحب گامت در بیمارستان بستری شود. این محدودیتها باعث گردیده است که این روش درمانی و مجاز از ابعاد شرعی و اخلاقی متوقف مانده و محدودیت متناهی را برای زوجین نابارور فراهم نماید. طبیعتاً در صورتی که مجلس شورای اسلامی در این زمینه پیشقدم شود، امکان مناسبی برای رفع مشکل زوج‌های نابارور متقاضی جایگزینی رحمی فراهم خواهد آورد.

تشکر و قدردانی

از همکاران محترم کلینیک اهدا مرکز درمان ناباروری و سقط مکرر ابن سینا و گروه محترم حقوق و اخلاق زیستی پژوهشکده ابن سینا که در جمع آوری و تکمیل مباحث همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- 1- Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet*. 1978;12:2(8085):366.
- 2- Barrett JC. The estimation of natural sterility. *Genus*. 1986;42(3-4):23-31.
- 3- Gerris JM, Delbeke LO, Punjabi U, Buytaert P. The value of Intrauterine Insemination with washed husband's sperm in the treatment of infertility. *Hum Reprod*. 1987;2(4):315-20.
- 4- Trounson AO, Leeton JF, Wood C, Wood J. Pregnancies in humans by fertilization in vitro and embryo transfer in the controlled ovulatory cycle. *Science*. 1981;212:681-2.
- 5- Palermo GD, Cohen J, Alikani M, Adler A, Rosenwaks Z. Intracytoplasmic Sperm Injection: a novel treatment for all forms of male factor infertility. *Fertil Steril*. 1995;63:1231-40.

- 6- Petrozza JC, Gray MR, Davis AJ, Reindollar RH. Congenital absence of the uterus and vagina is not commonly transmitted as a dominant genetic trait: outcomes of surrogate pregnancies. *Fertil Steril*. 1997; 67(2):387-9.
- 7- Brinsden PR. Gestational surrogacy, *Textbook of Assisted Reproductive Techniques*. Taylor & Francis, an imprint of the Taylor & Francis Group: USA, 2004; 855-66.
- 8- Sullivan L. Surrogacy: the case for a conventional approach. *Med Law*. 1991;10(4):401-15.
- 9- Goldfarb JM, Austin C, Peskin B, Lisbona H, Desai N, de Mola JR. Fifteen years experience with an in-vitro fertilization surrogate gestational pregnancy programme. *Hum Reprod*. 2000;15(5):1075-8.
- 10- Fruchtman C. Considerations in surrogacy contracts. *Whittier Law Rev*. 1999;21(2):429-33.
- 11- Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, Daniels KR, Darwish J, Guerra-Diaz D, Hammar M, McWhinnie A, Strauss B, Thorn P, Wischmann T, Kentenich H, European Society of Human Reproduction and Embryology. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod*. 2001;16(6):1301-4.
- 12- Beskil S, Gorgy A, Venkat G, Craft IL, Edmonds K. Gestational surrogacy: a feasible option for patients with Rokitansky syndrome. *Hum Reprod*. 2000;15(11): 2326-8.
- 13- Meniru GI, Craft IL. Experience with gestational surrogacy as a treatment for sterility resulting from hysterectomy. *Hum Reprod*. 1997;12(1):51-4.
- 14- Raziel A, Schachter M, Strassburger D, Komarovsky D, Ron-El R, Friedler S. Eight years' experience with an IVF surrogate gestational pregnancy programme. *Reprod Biomed Online*. 2005;11(2):254-8.
- 15- Carp HJ, Dirnfeld M, Dor J, Grudzinskas JG. ART in recurrent miscarriage: preimplantation genetic diagnosis/screening or surrogacy?. *Hum Reprod*. 2004;19(7): 1502-5.
- 16- Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update*. 2003;9(5):483-91. Review.
- 17- Drabiak K, Wegner C, Fredland V, Helft PR. Ethics, law, and commercial surrogacy: a call for uniformity. *J Law Med Ethics*. 2007;35(2):300-9.
- 18- Galbraith M, McLachlan HV, Swales JK. Commercial agencies and surrogate motherhood: a transaction cost approach. *Health Care Anal*. 2005;13(1):11-31.