

## تجارب خانواده ها از معضلات قانونی حمل جایگزین

میترا زندی<sup>۱</sup>، دکتر زهره ونکی<sup>۲\*</sup>، دکتر مرضیه شیوا<sup>۳</sup>، دکتر عیسی محمدی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه زنان، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل، گروه اندوکرینولوژی و ناباروری زنان، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۲۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۶/۱۴

### خلاصه

**مقدمه:** حمل جایگزین (رحم جایگزین) یکی از تکنولوژی‌های جدید کمک باروری است که تاکنون پیامدهای عمیقی در اخلاق، حقوق، مذهب و جامعه به دنبال داشته است. جمع‌آوری اطلاعات در این زمینه نه تنها به منظور آگاه ساختن مؤسسان این تکنولوژی و قانونگذاران از مسائل موجود، بلکه به منظور تنظیم قوانین مناسب و ایمن برای زوج نابارور، مادر جایگزین و کودک ضروری است. مطالعه حاضر با هدف درک و تبیین تجارب مددجویان حمل جایگزین (مادران استفاده کننده از حمل جایگزین و دهندگان رحم) از معضلات قانونی حمل جایگزین و بررسی نحوه برخورد آنان با این شرایط انجام شده است.

**روش کار:** در این مطالعه کیفی که در سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۰ نفر صورت گرفت. ۱۱ نفر از مادران استفاده کننده از حمل جایگزین و ۴ نفر از دهندگان رحم به روش نمونه‌گیری هدفمند از پژوهشگاه رویان و سایر مراکز ناباروری کشور انتخاب شدند. همچنین جهت تلفیق منابع با ۵ نفر از پرسنل مراکز ناباروری نیز مصاحبه شد. به منظور گردآوری داده‌ها ۲۵ مصاحبه بدون ساختار و عمیق انجام شد. برای سازماندهی بهتر داده‌ها از نرم افزار MaxQDA 2007 استفاده شد. تحلیل داده‌ها همزمان با گردآوری آنها و به روش آنالیز محتوای کیفی قراردادی انجام شد. این مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس و پژوهشگاه رویان قرار گرفته است. اطلاعات پس از جمع‌آوری به روش تحلیل محتوای متعارف مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** تجارب مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که مادران استفاده کننده از حمل جایگزین و دهندگان رحم در هنگام تولد کودک، تنش‌های فراوانی را متحمل شده و فقدان حمایت قانونی، معضلات فراوانی را برای آنان به دنبال داشته است. تجارب مشارکت‌کنندگان، مضمون مشترک "تنگنای قانونی" را آشکار کرد که دارای سه بعد "ناکارآمدی قوانین موجود"، "عدم دریافت خدمات حمایتی آموزشی مکفی" و "استرس و استیصال" می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** تجارب مشارکت‌کنندگان نشان دهنده بستر نامناسب قانونی و تحمیل تنش‌های فراوان ناشی از آن به مشتریان این تکنولوژی‌های جدید کمک باروری است. به منظور پیشگیری از تحمیل استرس‌های روحی روانی و مالی مضاعف، برخوردی جدی‌تر و تنظیم قوانینی مشخص و مورد توافق ضروری به نظر می‌رسد. همچنین کادر درمان، پیش از تصمیم‌گیری خانواده‌ها باید آنان را در جریان کامل روند پیش رو قرار داده و با آگاهی کامل وارد این فرآیند نمایند.

**کلمات کلیدی:** تکنولوژی‌های کمک باروری، رحم جایگزین، معضلات قانونی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر زهره ونکی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۴ - ۰۲۱؛ پست الکترونیک: vanaki\_z@modares.ac.ir

## مقدمه

پیشرفت‌های چشمگیر علم پزشکی، هر روز مسائل انسانی، اخلاقی، حقوقی و اجتماعی ویژه و جدیدی را ایجاد می‌کنند که بروز این مسائل گاهی استفاده از چنین پیشرفت‌هایی را محدود و یا متوقف می‌کند. توسعه کاربردی این فناوری‌ها، وابسته به پاسخگویی به سؤالات و مسائل مطرح شده در مورد آن‌ها می‌باشد. حمل جایگزین (رحم جایگزین) یکی از تحولات علمی دهه‌های اخیر در مورد درمان ناباروری است که به دلیل جنبه‌های منحصر به فرد خود، در سال‌های اخیر به بحث انگیزترین موضوع تکنولوژی‌های کمک باروری تبدیل شده است (۱-۲) و تاکنون پیامدهای عمیقی در مذهب، حقوق، اخلاق و جامعه به همراه داشته است (۳-۴). حمل جایگزین یعنی توافق با بانوی صاحب رحمی که آمادگی خود را جهت بارداری برای زوج نابارور اعلام می‌کند؛ به گونه‌ای که پس از زایمان، نوزاد حاصل را به زوج نابارور تحویل می‌دهد. بانوی صاحب رحم که وظیفه بارداری به او محول می‌شود، مادر جایگزین<sup>۱</sup> و زوج خواهان فرزند<sup>۲</sup>، والدین ژنتیکی کودک محسوب می‌شوند (۵-۸). در واقع حمل جایگزین به زوجین کمک می‌کند که فرزند ژنتیکی خود را داشته باشند (۹-۱۰). حمل جایگزین به دو دسته کلی جایگزینی کامل<sup>۳</sup> که در آن بانوی صاحب رحم ارتباط ژنتیکی با کودک ندارد و جایگزینی نسبی<sup>۴</sup> که بانوی صاحب رحم با اهدای تخمک، والده ژنتیکی کودک نیز هست، طبقه بندی می‌شود (۷-۸، ۱۱-۱۴). هر دو روش ممکن است با انگیزه‌های تجاری یا مالی صورت گیرد؛ یعنی مادر جایگزین (صاحب رحم) در قبال حمل و زایمان نوزاد، پول و امکانات مادی دریافت کند؛ گاهی هم ممکن است این کار با انگیزه‌های خیرخواهانه یا انسان دوستانه انجام شود (۱۴). در این صورت می‌توان تقسیم بندی دیگری نیز برای حمل جایگزین قائل شد که شامل جایگزینی تجاری<sup>۵</sup> و غیر تجاری<sup>۶</sup> می‌باشد. هر یک از این روش‌ها،

پیامدهای متفاوتی به دنبال خواهد داشت و در نظر گرفتن تمامی جوانب و رعایت دستورالعمل‌های لازم در این زمینه ضرورت دارد (۷).

حمل جایگزین در ایران نیز علاقه بسیاری از زوجین نابارور را به خود جلب کرده است و بسیاری از فقها و حقوقدانان شیعه نیز آن را جایز دانسته‌اند (۱۲). در ایران طرح استفاده از حمل جایگزین برای اولین بار در سال ۱۳۸۰ توسط برخی از کلینیک‌های ناباروری به اجرا در آمده است (۱۵). در حال حاضر در ایران، حمل جایگزین تجاری رواج بیشتری دارد (۸).

اگرچه تکنولوژی حمل جایگزین در بسیاری از کشورهای دنیا انجام می‌شود، اما قوانین خاص مدون و مصوب این موضوع بسیار محدود است (۴، ۱۶). در برخی کشورها مانند هند و استرالیا، قوانین خاص حمل جایگزین تنها در حد پیش نویس اولیه است (۴، ۱۶-۱۷). در نظام حقوقی ایران نیز قانون خاص، وحدت رویه و یا رویه قضایی که به حمل جایگزین اختصاص یافته باشد، وجود ندارد (۱۸) و قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور مصوب ۱۳۸۲ که تنها قانون موضوعه در زمینه روش‌های نوین بارداری در کشورمان به حساب می‌آید، نیز راهگشا نیست؛ چرا که در این قانون به مسائل مربوط به حمل جایگزین اشاره‌ای نشده است (۱۹). بنابراین قوانین و مقررات جاری کشور، گروه پزشکی دخیل در درمان را در موقعیتی دشوار قرار می‌دهد که خروج از آن در حال حاضر اگر نه غیر ممکن، ولی بسیار مشکل به نظر می‌رسد. بر اساس قوانین ایران پزشک، مکلف به صدور گواهی ولادت است و این گواهی به نام بانویی است که طفل را به دنیا آورده است. صدور گواهی ولادت خلاف واقع برای پزشک صادر کننده موجد مسئولیت کیفری و به تبع آن مجازات است. این در حالی است که استفاده از روش درمانی حمل جایگزین در موارد گوناگون از جمله نحوه صدور گواهی ولادت با سکوت قانونی مواجه است، لذا تکلیف پزشک معالج در چنین شرایطی مشخص نیست (۲۰). از طرفی اگر گواهی تولد به نام حمل کننده کودک صادر شود، مشکلاتی را برای والدین ژنتیکی به

<sup>1</sup> Surrogate Mother

<sup>2</sup> Commissioning Couples

<sup>3</sup> Full (Gestational, host) surrogacy

<sup>4</sup> Partial (traditional, straight, genetic) Surrogacy

<sup>5</sup> Commercial

<sup>6</sup> Non-Commercial (Altruistic)

مطالعه انتخاب شرکت‌کنندگان بر اساس نمونه‌گیری هدمند آغاز شد و تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت. شرکت‌کنندگان جهت شرکت در مطالعه محدودیتی از نظر سن نداشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مادرانی بود که برای اولین بار از حمل جایگزین استفاده کرده و در مرحله انتظار (بارداری مادر جایگزین) و یا پس از آن (پرورش کودک) قرار داشتند و همچنین توانایی بیان کلامی به زبان فارسی و تمایل جهت شرکت در مطالعه را داشتند. لازم به ذکر است جهت دسترسی بیشتر به نمونه‌های حمل جایگزین کامل در ایران، تمام شرکت‌کنندگان در این مطالعه، از حمل جایگزین کامل استفاده کردند. در ابتدا محقق با هر یک از شرکت‌کنندگان تماس گرفت و به آنان در مورد هدف مطالعه، روش مصاحبه، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و حق آنها جهت شرکت یا خروج از مطالعه توضیحاتی داد. شرکت‌کنندگان در این مطالعه به محرمانه بودن اطلاعات بسیار حساس بودند و جلب اطمینان آنان به سختی صورت گرفت. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه بوده و هویت و مشخصات آن‌ها در مطالعه گزارش نخواهد شد. سپس در صورت تمایل جهت شرکت در مطالعه، زمان و مکان مناسب از نظر شرکت‌کنندگان برای انجام مصاحبه تعیین شد. مصاحبه به صورت انفرادی و در محیطی آرام و در زمان و مکان مناسب که شرکت‌کنندگان احساس راحتی می‌کردند (منزل شرکت‌کنندگان در تهران و شهرستان‌های مختلف، بوستان‌های اطراف منزل شرکت‌کنندگان، پژوهشگاه رویان) انجام شد. به طور کلی ۱۱ مادر توسط پژوهشگاه رویان معرفی شد که پس از تماس تلفنی و توضیح هدف مطالعه، ۸ مادر موافق به شرکت در مطالعه شدند و ۳ نفر به دلیل نگرانی از آشکار شدن حقیقت، از شرکت در مطالعه خودداری کردند. ۳ شرکت‌کننده دیگر نیز از سایر مراکز ناباروری شهرستان‌ها با شرکت در مطالعه موافقت کردند. همچنین جهت گردآوری داده‌های تکمیلی و افزایش اعتبار یافته‌ها از طریق تلفیق منابع، با ۴ نفر از دهندگان رحم و ۵ نفر از پرسنل مراکز ناباروری که در ارتباط مستقیم با مادر بودند نیز مصاحبه شد. با برخی شرکت‌کنندگان بیش از یک بار مصاحبه انجام شد

وجود می‌آورد و هنگام صدور شناسنامه و درج نام کودک در شناسنامه والدین ژنتیکی، موانعی ایجاد خواهد کرد (۲۱). تاکنون مطالعه‌ای که به تبیین تجارب افراد درگیر حمل جایگزین در مواجهه با معضلات قانونی پرداخته باشد، در داخل و خارج از کشور انجام نشده است. به طور کلی در ایران داده‌های تجربی اندکی در مورد پدیده حمل جایگزین وجود دارد (۲۲)، بنابراین تأثیرات آن بر روی دریافت‌کنندگان و اهداء کنندگان دقیقاً مشخص نیست. بررسی جنبه‌های مختلف بکارگیری روش‌های باروری کمکی جایگزین در ایران، علی‌الخصوص از نظر شرعی و قانونی یکی از مقدمات اصلی ورود به استفاده از این فناوری است (۲۳). آمارها نشان می‌دهد که حمل جایگزین در حال تبدیل شدن به یک صنعت جهشی با رشد عمودی سریع است. گردآوری اطلاعات نه تنها به منظور آگاه ساختن مؤسسان این تکنولوژی و قانونگذاران از مسائل موجود، بلکه به منظور تنظیم قوانین مناسب و ایمن برای زوج نابارور، مادر جایگزین و کودک ضروری است (۲۴). از آنجایی که در مورد چگونگی نحوه برخورد مادران استفاده کننده از حمل جایگزین با معضلات قانونی موجود اطلاعی در دست نیست؛ لذا مطالعه حاضر با هدف درک و یا تبیین تجارب مادران استفاده کننده از حمل جایگزین و دهندگان رحم از معضلات قانونی حمل جایگزین و بررسی نحوه برخورد آنان با این شرایط انجام شد.

## روش کار

به منظور دستیابی به هدف این مطالعه از رویکرد استقرایی- کیفی، روش تحلیل محتوا استفاده شد. هدف از تحلیل محتوا، تأمین دانش، دستیابی به بینش جدید، بازنمایی وقایع و راهنمایی سودمند برای عمل است که به توصیف عمیق و وسیع پدیده تحت مطالعه می‌پردازد و برآیند این تحلیل، مفاهیم یا طبقات توصیف کننده پدیده است (۲۵). استفاده از روش آنالیز محتوای متعارف و استقرایی زمانی کاربرد دارد که تئوری و مطالعات موجود در زمینه پدیده مورد مطالعه محدود باشد (۲۵-۲۶). محیط پژوهش در این مطالعه، پژوهشگاه رویان و سایر مراکز ناباروری شهرهای مختلف کشور بود. در این

و در مجموع ۲۵ مصاحبه صورت گرفت. مادران شرکت‌کننده در این مطالعه دارای میانگین سنی ۳۵/۸ سال و میانگین ناباروری ۱۲/۱ سال بودند. در این مطالعه، قرارداد ۱۱ نفر از شرکت‌کنندگان (۸ مادر و ۳ دهنده رحم) از نوع حمل جایگزین تجاری (داد و ستد پول در ازای بارداری) و ۳ نفر (۲ مادر و ۱ دهنده رحم) به دلیل داشتن ارتباط فامیلی، از نوع حمل جایگزین غیر تجاری (نوع دوستانه) بود. از مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی بر اساس فرمت دانشگاه گرفته شد.

**روش گردآوری داده‌ها:** روش اصلی گردآوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه بدون ساختار و عمیق با استفاده از سؤالات باز بود. مصاحبه بدون ساختار منجر به انعطاف پذیری شد و محقق را قادر می‌سازد علائق و تفکرات مشارکت‌کنندگان را دنبال کند (۲۷). مصاحبه ابتدا با استفاده از سؤال باز «دوره انتظار را چگونه گذراندید؟ لطفاً تجارب و احساسات خود را در زمینه حمل جایگزین شرح دهید» آغاز شد. به منظور روشن سازی مفهوم مورد مطالعه، سؤالات روشن کننده و پیگیری کننده بر اساس اطلاعاتی که از شرکت کننده به دست می‌آمد، پرسیده شد. همچنین سؤالات عمق دهنده مصاحبه مانند امکان دارد در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ منظورتان چیست؟ می‌توانید مثالی را ذکر کنید؟ متناسب با پاسخها پرسیده شد. طول مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰ الی ۱۸۰ دقیقه با میانگین ۷۴ دقیقه بود که به صورت فردی انجام شد. فرآیند گردآوری داده‌ها به مدت ۱۰ ماه، از آبان ماه ۸۹ تا مرداد ماه ۹۰ صورت گرفت.

**شیوه تحلیل داده‌ها:** تحلیل داده‌ها همزمان با گردآوری آنها و به روش تحلیل محتوای متعارف<sup>۱</sup> انجام شد. تحلیل محتوای کیفی، روشی است که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های زمینه‌ای به کار می‌رود (۲۶) و چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی است، بلکه از این طریق می‌توان الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های شرکت‌کنندگان نمایان ساخت (۲۸). در روش تحلیل محتوای متعارف، آنالیز داده‌ها با خواندن مکرر داده‌ها شروع می‌شود تا پژوهشگر با غوطه ور شدن در داده‌ها، به ادراک درستی از داده‌ها دست یابد. مرحله

دوم، خواندن داده‌ها به صورت کلمه به کلمه برای استنتاج مفاهیم و ایده‌های کلیدی به صورت کد می‌باشد. سپس، کدهای اولیه فهرست شده و به شکل زیرطبقات دسته بندی می‌شوند و در نهایت بسته به ارتباطات میان زیر طبقات، محقق می‌تواند ابعاد را به تعداد کمتری سازماندهی و طبقه بندی کند (۲۶).

در این مطالعه نیز مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط شد و سپس در اولین فرصت به صورت کلمه به کلمه همراه با اشارات غیر کلامی از قبیل گریه، خنده و سکوت در محیط Word تایپ و سپس وارد نرم افزار Max QDA 2007 که ابزار کارآمدی در سازماندهی داده‌هاست (۲۸) شد و چندین بار خوانده و مرور شد و در نهایت به واحدهای معنایی شکسته شد. پس از مرور مکرر هر واحد معنایی، کدهای مناسب هر واحد نوشته شد. سپس کدهای باز اولیه، بر اساس تشابه مفهومی و معنایی، دسته بندی و بر اساس تشابهات معنایی در دسته های اصلی که کلی تر و مفهومی تر بود، قرار گرفتند. در نهایت این طبقات به درون مایه مشترک «تنگنای قانونی» تقلیل یافتند.

در این مطالعه جهت افزایش اعتبار داده ها از درگیری طولانی مدت با موضوع تحقیق (بیش از یک سال)، بازنگری مشارکت‌کنندگان، بازنگری ناظرین و تلفیق منابع (مادران، دهندگان رحم و پرسنل مراکز ناباروری) استفاده شد. همچنین برخی مادران به دلیل کتمان حقیقت از سایرین، امکان تخلیه عاطفی و ابراز نگرانی‌های قبلی را نداشته، لذا مصاحبه‌ها را بسیار آرامش دهنده از جهت تخلیه فشارهای درونی خود می‌دانستند که به اعتبار مطالعه می‌افزود. بکارگیری تکنیک نمونه‌گیری با حداکثر تنوع تا حد امکان، به قابلیت اعتماد و انتقال پذیری یافته‌ها کمک می‌کند. همچنین جهت امکان تأییدپذیری، اعتماد، انتقال پذیری و حسابرسی مطالعه، مراحل و روند مطالعه تا حد امکان به طور دقیق و گام به گام ثبت و گزارش شد تا امکان پیگیری مطالعه برای سایرین فراهم شود.

## یافته ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۱۱ مادر استفاده کننده از حمل جایگزین کامل، ۴ دهنده رحم و ۵ نفر از

<sup>1</sup> Conventional Content Analysis

نظر می‌گیره. متأسفانه اینم به دلیل اینه که قانونمون خیلی ناقصه". (پرسنل ۵)  
مادری که به هنگام نزدیک شدن موعد زایمان استرس زیادی را جهت انتخاب بیمارستان متحمل شده است، می‌گوید:

"کاری که مثلاً می‌گن قانونیه ولی آخر سر همه غیر قانونی جلوش دادند". (مادر ۷)  
همچنین تجربیات دهندگان رحم نیز تأیید کننده این مطلب است. یکی از دهندگان رحم که در موعد زایمان مشکلات زیادی را تحمل کرده است، اظهار داشت:

"موقع زایمان می‌گن این کار غیر قانونیه. اگه غیر قانونیه پس چرا مؤسسه انجام می‌ده؟" (دهنده رحم ۲)  
با مشخص نبودن قوانین و مقررات نحوه استفاده از حمل جایگزین، در حال حاضر تنها راه حل باقی مانده، منعقد کردن قراردادهای محکم میان طرفین می‌باشد؛ اما متأسفانه قراردادهای موجود در زمینه حمل جایگزین، علاوه بر این که از سوی قانون حمایت نشده و پشتوانه قانونی برای خانواده‌ها محسوب نمی‌شود، روشن و واضح نیز نیست و نحوه مقابله با مشکلات رایج احتمالی از جمله بروز چند قلوبی، تولد زودرس، مشکلات بارداری از جمله فشارخون بارداری و دیابت در آن در نظر گرفته نشده است. به طوری که هم طرفین قرارداد و هم پرسنل مراکز ناباروری آن را پشتوانه محکمی نمی‌دانند. یکی از مادران در این زمینه می‌گوید:

"قراردادی هم که نوشتیم، خیلی صوری بود، اون قراردادی هم که تو مرکز نوشتیم هیچ وجهه قانونی نداشت. یعنی اونا اگه می‌خواستند بچه را به ما ندهند، نمی‌دادند". (مادر ۲)

همچنین پرسنل مراکز ناباروری نیز مستقیماً به مؤثر نبودن قراردادهای موجود اشاره کرده‌اند:

"چون واقعیت اینه که این قراردادها راه به جایی نمی‌بره و بحث وجدانیه. تعهد دقیقاً اخلاقی و وجدانیه". (پرسنل ۴)

#### ۱-۲. مادر جایگزین، مادر قانونی کودک

یکی از معضلات اساسی قوانین موجود این است که قانون مدنی کشور ما به علت واضح بودن واژه مادر، از تعریف این واژه خودداری کرده و نحوه نگارش قوانین جاری ایران به گونه‌ای است که بانوی زایمان کننده را

پرسنل مراکز ناباروری بودند و نتایج حاصل از مصاحبه با پرسنل، مؤید تجارب مادران و دهندگان رحم بود. با تحلیل یافته‌های حاصل از این مطالعه، در نهایت مضمون مشترک "تنگنای قانونی" آشکار شد. این مضمون نشان‌دهنده قرار گرفتن مشارکت‌کنندگان در شرایط دشوار عدم وجود قوانین اختصاصی حمل جایگزین، کاربردی نبودن قوانین عمومی و مشکل بودن مراحل قانونی موجود با معرفی‌نامه از مراکز ناباروری بود که اکثر خانواده‌ها از این معضلات دیر آگاه شده و تنش‌های فراوانی را متحمل می‌شوند. در این شرایط که با احساس بی‌پناهی و استرس همراه می‌باشد، عدم حمایت مراکز درمانی به دلیل مشخص نبودن وظایف قانونی آنان نیز مزید بر علت شده و بر دشواری شرایط می‌افزاید. بنابراین مضمون «تنگنای قانونی» شامل سه بعد «ناکارآمدی قوانین موجود»، «عدم دریافت خدمات حمایتی آموزشی مکفی» و «استرس و استیصال» می‌باشد که در جدول ۱ آورده شده است.

#### ۱. ناکارآمدی قوانین موجود

«ناکارآمدی قوانین موجود» حاکی از عدم وجود قوانین مدون اختصاصی در زمینه حمل جایگزین و عدم سودمندی قوانین عام و دشوار بودن مراحل قانونی از طریق معرفی‌نامه‌های مراکز ناباروری برای ارائه به دادگاه می‌باشد که در برگزیده سه بعد «عدم وجود قوانین اختصاصی حمل جایگزین»، «مادر جایگزین، مادر قانونی کودک» و «دشواری بودن مراحل قانونی حمل جایگزین» می‌باشد.

#### ۱-۱. عدم وجود قوانین اختصاصی حمل جایگزین

با وجود اینکه از زمان بکارگیری حمل جایگزین در ایران بیش از یک دهه می‌گذرد، اما در حال حاضر هیچ قانون اختصاصی جهت حمل جایگزین در کشور تدوین نشده است؛ در حالی که استفاده از حمل جایگزین نیز در کشور ممنوع نمی‌باشد و روز به روز هم بر میزان بکارگیری این تکنولوژی افزوده می‌شود. یکی از پرسنل مراکز ناباروری که سال‌ها در زمینه مشاوره با این خانواده‌ها فعالیت داشته است، می‌گوید:

"خوب ما الان هیچ قانون مشخصی برای رحم جایگزین نداریم. می‌دونی که بیمارستان زایمان کننده رو مادر در

مادر کودک می‌داند؛ در نتیجه صدور گواهی ولادت تنها منحصر به زنی است که فرزند را زایمان می‌کند و این عامل معضلات زیادی را برای مادران ژنتیکی استفاده کننده از حمل جایگزین که کلاً با انگیزه داشتن فرزند ژنتیکی خود اقدام کرده‌اند، ایجاد می‌کند. یکی از مادران از تجارب خود می‌گوید:

"وقتی شده بود ماه آخر یعنی همون ۳۷ هفتگی، آمدم مرکز و بهشون گفتم تو شمال به ما می‌گن اسم ساروگیت (دهنده رحم) تو شناسنامه می‌خوره. گفتند آره ممکنه یه مقداری به مشکل بیافتید و این چیزا!". (مادر ۱۱)

بیانات پرسنل مراکز ناباروری نیز تأیید کننده این یافته است.

"مسأله اینه که طبق قوانین مدنی ایران، زایمان کننده در بیمارستان به عنوان مادر شناخته می‌شه. بنابراین اگر بیمارستان بخواد گواهی صادر بکنه، به نام زایمان کننده صادر می‌کنه، طبیعتاً هم ساروگیت (دهنده رحم)". (پرسنل ۳)

"ما نام دهنده را می‌تونیم بنویسیم. بعد از این تو شناسنامه بچه قید می‌شه و برای خیلی‌ها خوشایند نیست". (پرسنل ۱)

### ۳-۱. دشوار بودن مراحل قانونی حمل جایگزین

همانگونه که در نتایج قبلی نیز ذکر شد، طبق قوانین ایران، زایمان کننده، مادر اصلی کودک محسوب می‌شود. یکی از راه‌های مقابله با شرایط موجود، مراجعه به دادگاه با معرفی نامه مراکز ناباروری یا پزشک و شرح شرایط و کسب اجازه از دادگاه می‌باشد. اما طی کردن این مراحل از طریق قانونی در ایران نیازمند ادعای نسب و اثبات نسب و حضور دهنده رحم در دادگاه می‌باشد که بسیار مشکل بوده و ماه‌ها به طول می‌انجامد؛ بنابراین وجود قوانینی که بکارگیری آن بسیار مشکل است، منجر به عدم استفاده از آن خواهد شد. بیانات برخی پرسنل مراکز ناباروری که در امور حقوق حمل جایگزین صاحب نظر می‌باشند نیز مؤید این مدعاست:

"روال قانونی‌اش بسیار سخت و از طریق دادگستری حل می‌شه، با ادعای نسب و اثبات نسب که طی یک سری دادگاه انجام می‌شه، معمولاً ساروگیت‌ها (دهنده رحم) رو

باید بیاورند و ببرند و اکثر این ساروگیت‌ها هم دیگه بعد از زایمان نمی‌خواند هیچ ارتباطی داشته باشند، هیچ کسی متوجه بشه". (پرسنل ۳)

### ۲-۱. عدم دریافت خدمات حمایتی / آموزشی مکفی

منظور از «عدم دریافت خدمات حمایتی / آموزشی مکفی»، عدم دریافت آموزش در زمینه مسائل حقوقی و قانونی حمل جایگزین پیش از انتخاب این روش و شروع درمان و همچنین عدم دریافت حمایت قانونی در موعد زایمان از سوی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و از جمله مراکز ناباروری می‌باشد. این مفهوم در برگیرنده دو بعد «بی‌اطلاعی از معضلات قانونی» و «عدم دریافت حمایت در موعد زایمان» می‌باشد.

### ۲-۱. بی‌اطلاعی از معضلات قانونی

ناآگاهی خانواده‌ها از معضلات قانونی حمل جایگزین یکی از مهم‌ترین معضلات خانواده‌های استفاده کننده از حمل جایگزین و دهندگان رحم می‌باشد. شرکت کنندگان در این مطالعه اظهار داشتند که آنان نه تنها پیش از انتخاب این روش نسبت به معضلات حقوقی و قانونی این روش، آموزش روشن و واضحی دریافت نکرده‌اند؛ بلکه در طول دوره انتظار نیز از این موضوع بی‌اطلاع بوده‌اند؛ بنابراین در اواخر دوره انتظار یعنی وقتی خانواده‌ها برای انتخاب بیمارستان محل زایمان، خود را آماده می‌کنند، به طور ناگهانی از معضلات قانونی آگاه می‌شوند. یکی از مادران که به هنگام مصاحبه دارای فرزندان دو قلوی شش ماهه بود و در این زمینه متحمل تنش‌های فراوانی شده بود، گفت:

"آخرش که دیگه رفتیم (از بیمارستان) سؤال کردیم و اونا گفتند نه شما باید برید دادگاه نامه بیارید. یعنی لحظه آخر این حرفا رو به ما زدند! خوب همین حرف رو می‌تونستید ۹ ماه قبلش به ما بزنید که ما هم در جریان باشیم! خوب ما بخوایم بریم دادگاه و اینور اونور، دیگه وقت این کارا رو نداریم! بچه‌های منم نارس به دنیا اومدند، تقریباً آخرای ۸ ماه. تو بیمارستان و تو دستگاه بودند. اصلاً وقت این کارا رو نداشتیم". (مادر ۷)

### ۲-۲. عدم دریافت حمایت در موعد زایمان

به دلیل وجود معضلات قانونی و عدم حمایت از سوی قانون، هیچ سازمانی از جمله مراکز ناباروری و بیمارستان

در این بازار بی‌قانونی، آن کس که متحمل آسیب و زیان می‌شود، طرفین قرارداد یعنی زوج خواهان فرزند و دهندگان رحم می‌باشند که در هنگام زایمان با مسائل و معضلات فراوانی مواجه می‌شوند. «استرس و استیصال» که پیامد ناشی از معضلات قانونی می‌باشد، نشان‌دهنده احساسات مادران و دهندگان رحم از مواجهه شدن با معضلات قانونی بوده و شامل دو بعد «استرس ناشی از بی‌قانونی» و «احساس بی‌پناهی» می‌باشد.

### ۱-۳. استرس ناشی از بی‌قانونی

مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین، مراحل بسیار سخت و تنش‌زایی را در اواخر دوره انتظار طی کرده و مرحله زایمان به دلیل نگرانی از سلامت جنین و دهنده رحم یکی از پر تنش‌ترین مراحل مادر شدن برای آنان می‌باشد. این در حالی است که علاوه بر نگرانی از زایمان و سلامت جنین و دهنده رحم، مواجهه با معضلات قانونی، تنش و دشواری مرحله زایمان را دو چندان می‌کند. یکی از مادران از تجارب خود در روزهای آخر انتظار می‌گوید:

"از به طرف نگران شناسنامه اش بودم چون اون موقع به ما گفته بودند ممکنه به مشکل بربخوری، اسم شما نخوره، خوب از این جهت هم خیلی نگران بودم. خوب بعد این برام خیلی مشکل ساز بود. می‌گفتم خوب اگر قبول نکنند چی؟ می‌خوام چه کار کنم؟" (مادر ۱۰)

مادری که در زمان مصاحبه دارای کودک ۱۶ ماهه است، از تجارب خود در بیمارستان و حین زایمان دهنده رحم می‌گوید:

"بیمارستان خیلی اذیتمون کردند. اول که پرسیدند تا گفتیم این رحم اجاره‌ایه گفتند ما باید با رئیس بیمارستان صحبت کنیم. ای بابا! بعد باز چقدر بشین خوب آدم نگرانه! فکر کن ما چقدر الاف شدیم!" (مادر ۱)

از آنجایی که درج نام مادر در شناسنامه کودک مستلزم اثبات نسب در دادگاه می‌باشد که فرآیند پیچیده و زمانبری است؛ بنابراین برخی خانواده‌ها جهت جلوگیری از درج نام دهنده رحم در شناسنامه، ناچار به استفاده از راهکارهای غیر قانونی از جمله بستری نمودن دهنده رحم به نام مادر به هنگام زایمان می‌شوند و این

ها، مسئولیت زایمان در حمل جایگزین را بر عهده نگرفته، بنابراین در روز زایمان که برای خانواده‌ها روز سرنوشت‌سازی است و نگرانی از دست دادن نوزاد، آخرین امید آنها را به شدت تهدید می‌کند، آنان با دریایی از مشکلات از جمله معضلات قانونی مواجه می‌شوند.

"ما اصلاً نمی‌دونستیم باید چه کار کنیم؟ اصلاً هیچ حمایتی نداریم! یعنی تو این ۹ ماه من داغون شدم! مثلاً برای شناسنامه‌ها. هر جا زنگ می‌زدیم، بیمارستان‌های مختلف زنگ می‌زدیم، هیچ کس زیر بار این مسئله نمی‌رفت." (مادر ۷)

دهندگان رحم نیز این عدم حمایت را تجربه کرده و تجارب مادران را تأیید می‌کنند. یکی از دهندگان رحم در این زمینه می‌گوید:

"اون روزی که روز زایمان بود، اینقدر برای ما گنگ و روز بدی بود! روز فوق العاده بدی بود! یعنی ما توقع چیز دیگه‌ای داشتیم. توقع همکاری بیشتری از مؤسسه داشتیم و ما اون همکاری رو اصلاً دریافت نکردیم. من واقعاً از مؤسسه گله‌مندم. یعنی ما فکر می‌کردیم که خانم؟؟؟ اسمشون یادم نمی‌یاد همراه ما باشه. فکر می‌کردیم که مثلاً ایشون که از اول تا الان راهنمای ما بودند، توقع داشتیم که مثلاً این خانم رو اونجا ببینیم که ندیدیم و توقع بی‌جایی هم به نظر من نبود." (دهنده رحم ۲)

همچنین به دلیل نبود قوانین و مقررات درباره نحوه استفاده از حمل جایگزین، بیمارستان‌ها و مراکز ناباروری ناچار به عدم پذیرش مسئولیت زایمان بوده و به دلیل امکان بروز مشکلات احتمالی، مددجویان را در موعد زایمان تحت حمایت خود قرار نمی‌دهند. یکی از پرسنل مراکز ناباروری شرایط موجود را چنین تبیین می‌کند:

"اونا (بیمارستان‌ها) هم خوب می‌دونی که چون هیچ حمایت قانونی پشت این قضیه نیست نمی‌دونند چه کار کنند. مثلاً وقتی می‌رن بیمارستان، خوب بیمارستان چه کار کنه؟ بیمارستان باید این دهنده رحم رو پذیرش کنه و به اسم اون ثبت شه. حالا اگر ثبت شه هم این مشکل هست." (پرسنل ۵)

### ۳. استرس و استیصال

استراتژی‌های ناکارآمد نیز خود منشاء نگرانی‌های مضاعف در آنان می‌باشد. به عنوان مثال موردی که دهنده رحم جهت زایمان به نام مادر در بیمارستان بستری شده و مادر نگران عواقب این اقدام غیر قانونی است:

"نگرانیم این بود که اگه یه زمانی موقع زایمان خود این خانم (دهنده رحم) زیر بیهوشی فوت کنه، اسم من تو اونجاست دیگه! همش ترس از این داشتم که اگر یه موقع یه طوریش بشه حالا بیا و مدارک رو اصلاح کن، حالا برو دادگاه بگو بابا منم! من زنده‌ام! به این دلیل اینجوری شده. خدای نکرده اگر یه وقت جواز دفن صادر می‌شد به اسم من بود دیگه. این نگرانی منو عذاب می‌داد." (مادر ۶)

دهندگان رحم نیز در این مراحل استفاده از راهکار غیر قانونی، متحمل استرس‌های فراوانی می‌شوند. یکی از دهنندگان رحم که به هنگام زایمان، به نام مادر بستری شده بود، از تجربیات روز زایمان می‌گوید:

"من خودمو ... (نام مادر) معرفی کردم! حالا اون روز من باید این استرس رو داشتم که تمام اینا تو حافظه‌ام بمونه، من کی‌ام؟، همسر کجاییه، بعد همسر من بشینه، من با همسر خانم ... (مادر) برم تشکیل پرونده بدم. شرایط خیلی جالب نبود برای زایمان". (دهنده رحم ۲)

## ۲-۳. احساس بی‌پناهی

احساس رها شدن، استیصال و ناامیدی است که در نتیجه عدم حمایت خانواده‌ها از سوی قانون و در نتیجه مراکز ناباروری و بیمارستان‌ها احساس می‌شود. یکی از مادران که در روزهای آخر بارداری دهنده رحم جهت تعیین بیمارستان به مرکز ناباروری مربوطه مراجعه کرده، از تجارب خود می‌گوید:

"مسئول مرکز ناباروری گفت: نه خانم غیر قانونیه، خودتون برید یه کاری بکنید. ببینید می‌تونید جایی تو بیمارستانی آشنایی پیدا کنید. بعد دیگه ما خیلییی ناامید شدیم. خیلی موضوعش ناراحت کننده بود از این

که خود مرکز، مسئولش بیاد به آدم بگه کار شما غیر قانونیه! خیلی برامون سخت بود. یک دفعه ما خودمون به کار خودمون شک کردیم! حالا شناسی که آوردیم، موقعی که داشت می‌گفت کار شما غیر قانونیه، شوهرم تو اتاق نبود. فکر کن مثلاً اگر جلوی شوهرم می‌گفتند، می‌گفت نکنه این بچه ما نباشه؟ نکنه کار یه جور دیگه است که اینا می‌گن غیر قانونیه؟ لابد یه موضوعی هست دیگه. این خیلی ضایع است! اصلاً پایه و اساس کل کاراشون می‌ره زیر سؤال!" (مادر ۱۱)

همچنین مادر دیگری که در اواخر دوره انتظار جهت انتخاب بیمارستان به مرکز ناباروری مراجعه کرده و به طور ناگهانی از معضل قانونی حمل جایگزین آگاه شده بود، می‌گوید:

"یعنی اصلاً مونده بودیم به خدا که چه کار کنیم؟ کجا بریم؟ مرکز می‌رفتیم، می‌گفت برید با خانم فلانی صحبت کنید. پیش اون خانم می‌رفتیم، می‌گفت نه اصلاً من خودمونو تو دردسر نمی‌ندازم. برید اتاق فلانی. بابا ما اینجا اقدام کردیم! الان کارمون انجام شده، آخراشه دیگه! بخوایم نتیجه بگیریم کجا بریم؟ پیش کی بریم؟ همشون پاس می‌دادند به هم". (مادر ۷)

بیانات دهنندگان رحم نیز تأیید کننده این تجارب است: "بعد رفتیم بیمارستان، بیمارستان خیلی گیج و گنگ بودیم مثلاً چه کار باید بکنیم؟" (دهنده رحم ۲)

همچنین پرسنل مراکز ناباروری نیز خود به رها شدن مددجویان در هنگام زایمان اذعان داشته و عامل اصلی عدم حمایت را عدم حمایت قوانین و مقررات از ارائه دهندگان خدمات و مددجویان می‌دانند.

"این (مددجویان) یک دفعه احساس جدا شدن می‌کنند، می‌دونی! مثلاً فکر کن که تو ۹ ماه همش با مددکاری در ارتباط بودند، با درمان در ارتباط بودند، برای سونوگرافی، پیگیری، مشکلی بوده، خونریزی، فلان، همه جوره مرکز حمایتشون می‌کنه، یک دفعه می‌رسند به زایمان، هیچی ول می‌شند. به خاطر این که ما قانون نداریم". (پرسنل ۵)



## جدول ۱- خلاصه ای از یافته ها

عدم وجود قوانین اختصاصی حمل جایگزین	ناکارآمدی قوانین موجود	
مادر جایگزین، مادر قانونی کودک		
صعب العبور بودن روال قانونی حمل جایگزین	عدم دریافت خدمات حمایتی	تنگنای قانونی
بی اطلاعی از معضلات قانونی	آموزشی مکفی	
عدم دریافت حمایت در موعد زایمان	استرس و استیصال	
استرس ناشی از بی قانونی		
احساس بی پناهی		

### بحث

تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه حاکی از آن بود که مددجویان حمل جایگزین، به دلیل فقدان قوانین و مقررات خاص حمل جایگزین و سکوت قانونگذاران در این زمینه، متحمل تنش‌های فراوانی می‌شوند. مددجویان به منظور فرار از معضلات قانونی و اخذ گواهی ولادت با نام مادر ژنتیکی، ناگزیر به انجام اقدامات غیر قانونی می‌شوند که این عوامل خود باعث تحمیل فشار مضاعف مالی، روحی و روانی بر آنان می‌شود. تجارب مشارکت‌کنندگان مضمون مشترک «گذر از تنگنای قانونی» را آشکار نمود که دارای سه بعد «ناکارآمدی قوانین موجود»، «عدم دریافت خدمات حمایتی آموزشی» و «استرس و استیصال» می‌باشد. به منظور سازمان‌بندی بهتر مطالب در بحث، ابتدا به بررسی و مقایسه قوانین ایران و سایر کشورها پرداخته و سپس نحوه مواجهه و معضلات مددجویان حمل جایگزین در سایر کشورها با ایران مورد مقایسه قرار می‌گیرد.

مروری بر قوانین کشورهای مختلف در زمینه حمل جایگزین، حاکی از وجود طیفی از قوانین است. در یک طرف طیف، قوانینی وجود دارد که تمام انواع قراردادهای حمل جایگزین را ممنوع دانسته و ارتکاب به آن را جرم می‌داند؛ از جمله در کشورهای ژاپن، آلمان، ایتالیا، سوئد، فنلاند، دانمارک، اسپانیا، فرانسه، سوئیس و برخی ایالات آمریکا (۲۹) و برخی ایالت‌های استرالیا مانند کوئینزلند و تاسمانیا (۱۷، ۲۹) که حمل جایگزین به هر شکل ممنوع است و در میانه این طیف، ممنوعیت قانونی تنها به نوع حمل جایگزین تجاری محدود می‌شود که از جمله در کشورهای کانادا (از سال ۲۰۰۴) (۳۰)، انگلستان (۲۲، ۳۱)، اسرائیل (۳۱) و اکثر ایالت‌های

استرالیا (۱۷) مشاهده می‌شود؛ در سر دیگر طیف نیز کشورهایی قرار دارند که هم نوع تجاری و هم غیر تجاری حمل جایگزین به طور گسترده‌ای مورد پذیرش واقع شده است از جمله تایلند، هند (از سال ۲۰۰۲) (۳۲)، شوری، اوکراین (۴) و تقریباً نیمی از ایالت‌های آمریکا (۲۹). ایران نیز از جمله کشورهایی است که در آن نوع تجاری و غیر تجاری حمل جایگزین ممنوعیت قانونی ندارد.

در کشورهایی که استفاده از حمل جایگزین به هر شکل ممنوع است، از یک سو تکلیف مددجویان روشن است و افراد جامعه در صورت ارتکاب مجرم شناخته شده و مورد بازخواست قرار می‌گیرند؛ اما با توجه به این که یکی از پایه‌ای‌ترین و اساسی‌ترین حقوق انسان این است که تصمیم بگیرد چه موقع و چگونه صاحب فرزند شود (۳۱)، ممنوعیت کلی استفاده از تکنولوژی‌های نوین کمک باروری نظیر حمل جایگزین منطقی به نظر نمی‌رسد و این کار موجب بروز مشکلاتی نیز شده است. از جمله این که مطابق با مطالعه ویتاکر (۲۰۱۱)، میزان مسافرت بیماران از کشور خود به کشور دیگر به ویژه به کشورهای در حال توسعه به منظور استفاده از تکنولوژی‌های کمک باروری، به شدت رو به افزایش است. در میان کشورهای آسیایی، هند و تایلند بیشترین میزان ارائه مراقبت‌های کمک باروری را به بیماران بین‌المللی داشته‌اند؛ هر چند در سنگاپور، مالزی و کره جنوبی هم این روند به ویژه برای بیماران منطقه‌ای رو به افزایش است. یکی از اساسی‌ترین دلایل جستجوی مراقبت‌های باروری در سایر کشورها، محدودیت‌های قانونی برای درمان در وطن افراد بوده است؛ بنابراین با ممنوع کردن حمل جایگزین به طور کامل در برخی کشورها، از این طریق زمینه برای تجاری کردن و

استثمار زنان به ویژه در کشورهای در حال توسعه که امکان بکارگیری این روش‌ها وجود دارد، بیشتر فراهم می‌شود (۳۲).

اگرچه تکنولوژی حمل‌جایگزین در بسیاری از کشورهای دنیا انجام می‌پذیرد، اما قوانین خاص مدون و مصوب این موضوع بسیار محدود هستند (۴، ۱۶). در برخی از کشورها چون هند و استرالیا، قوانین خاص حمل‌جایگزین تنها در حد پیش‌نویس اولیه است (۴، ۱۶-۱۷) در استرالیا در سال ۲۰۰۷، لایحه قانونی در مورد تکنولوژی‌های کمک باروری تصویب شد که طی آن نوع تجاری حمل‌جایگزین را ممنوع اعلام کرده است اما راهنمایی‌های بیشتری برای کلینیک‌ها در مورد نحوه تنظیم قراردادهای حمل‌جایگزین ارائه ننموده است (۱۷). در هند نیز تحت نظارت شورای تحقیقات پزشکی هند<sup>۱</sup>، راهبردهای ملی برای اعتبار بخشی و هماهنگی کلینیک‌های خاص پیش‌نویس شده است (۱۶). در انگلیس در سال ۱۹۸۵ که قوانین با شتاب نیز تصویب شده است، تنها قراردادهای تجاری حمل‌جایگزین را ممنوع دانسته است و هرگونه تبلیغات در این زمینه را غیرقانونی قلمداد کرده است اما تعریفی از دو نوع قرارداد تجاری و غیرتجاری ارائه نشده است؛ بنابراین به طور غیرمستقیم نشان می‌دهد که حمل‌جایگزین نوع دوستانه مجاز می‌باشد. این قانون پرداخت وجه به مادر جایگزین را غیرقانونی اعلام نکرده است. در نتیجه تمایز میان نوع تجاری و غیرتجاری حمل‌جایگزین از این طریق مشکل خواهد بود. قوانین اکثر کشورهایی که حمل‌جایگزین تجاری را ممنوع دانسته‌اند، قراردادهای حمل‌جایگزین غیر تجاری (نوع دوستانه) را نیز بدون تنظیم رها کرده‌اند (۱۶). قراردادهای حمل‌جایگزین در بسیاری از کشورها از جمله انگلستان (۱۶) و ایران (۷) هیچگونه وجهت قانونی ندارد. ون دن آکر (۲۰۰۷) می‌نویسد نوشته‌های قانونی هنوز مملو از قوانینی هستند که اثرات ویرانگری بر روی تریاد حمل‌جایگزین (مادر، دهنده رحم و کودک) خواهند داشت. امروزه در انگلستان (بر خلاف برخی ایالت‌های آمریکا)، هیچ یک از تریاد حمل‌جایگزین نمی‌توانند در مورد آینده کودک اطمینان

داشته باشند و قراردادهای در انگلستان از نظر قانونی قابل اجرا نیست (۲۲). در آمریکا هیچ قانون مصوب ملی در مورد قراردادهای حمل‌جایگزین وجود ندارد و هر ایالتی آزاد است که دیدگاه قانونی خودش را در این زمینه داشته باشد. برخی ایالت‌ها به‌طور سخت‌گیرانه‌ای چنین قراردادهایی را تأیید نمی‌کنند در حالی که برخی ایالت‌ها قوانین نافذی در این زمینه تدوین نموده‌اند (۱۶). قوانین ایالت‌های مختلف آمریکا را می‌توان در شش طبقه کلی از مطلوب‌ترین تا محدودترین وضعیت قرار داد که اکثر ایالت‌ها نیز در میانه این طیف قرار می‌گیرند (۲۴).

همانگونه که یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد، شرایط قوانین و قراردادهای حمل‌جایگزین در بسیاری از کشورها تا حدودی زیادی مشابه شرایط ایران است؛ در ایران قانون خاص حمل‌جایگزین به تصویب نرسیده است (۴). در موقعیت حاضر، مشکلات حقوقی حاصل از قوانین موجود باعث محدودیت‌های فراوانی در تهیه، تنظیم و تدوین قرارداد میان زوج نابارور و بانوی صاحب رحم و نیز نظارت مراکز درمان بر اجرای آن شده است (۷). آخوندی (۱۳۸۷) می‌نویسد طبیعتاً در صورتی که مجلس شورای اسلامی در این زمینه پیشقدم شود، مکان مناسبی برای رفع مشکل زوج‌های نابارور متقاضی حمل‌جایگزین فراهم خواهد آورد (۷). جالب است بدانیم که در اکثر ایالت‌های آمریکا نیز مسئولیت ایجاد قوانین حمل‌جایگزین نظیر قراردادهای قابل اجر را به دادگاه‌ها واگذار نموده‌اند؛ در حالی که دادگاه‌ها برای تنظیم قوانین در زمینه چنین مسائل پیچیده‌ای آمادگی بسیار کمی دارند (۲۴)؛ اما نکته مهمی که شایان ذکر است این است که قانون‌گذاران برای تنظیم قوانین در زمینه چنین مسائل پیچیده و چند وجهی نیاز به اطلاعات موثکافانه و دقیق و همه‌جانبه پزشکی دارند که پیش قدم شدن کادر درمان را در این راه می‌طلبد. پزشکان و پرستل مراکز ناباروری که از نزدیک شاهد نحوه مواجهه و پیامد این اقدامات هستند، باید قانون‌گذاران را در جریان دقیق امور قرار داده و به فهم میان‌رشته‌ای این پدیده کمک نمایند و همگام با قانون‌گذاران، در رفع این معضلات کوشا باشند. همچنین اعتبار بخشی مراکز ناباروری نیز مسئله مهمی است که باید در ایران مد نظر قرار گیرد.

بپذیرند (۱۶، ۲۲). در قوانین ایالت ایلینوی آمریکا نیز تصریح شده است که بر اساس قواعد موجود، زنی که کودک را به دنیا آورده است مادر کودک تلقی می‌شود اما با تنظیم یک تصدیقیه و اقرارنامه کتبی، در خصوص این که مادر جانشین و شوهر او والدین جنین نیستند تأکید می‌کند تا از بروز مشکلات مرتبط بعد از تولد کودک ممانعت نماید (۴)؛ اما در کالیفرنیا دادگاه حق حضانت فرزند را به بانویی می‌دهد که اول از همه متمایل به داشتن فرزند از خود بوده است؛ بنابراین به نظر می‌رسد کالیفرنیا برای زوج‌های نابارور خواهان فرزند، مناسب‌ترین قانون را دارد. در هند نیز تحت هیچ شرایطی فرد صاحب رحم مادر قانونی کودک محسوب نمی‌شود (۱۶). شاید یکی از دلایل مهمی که هند بیشترین میزان ارائه مراقبت‌های بین‌المللی کمک باروری را داشته است، همین باشد. با توجه به این که بسیاری از کشورها شرایط نسبتاً مشابهی در این زمینه با کشور ما دارند؛ اما مطالعات بسیار کمی به بررسی تجارب خانواده‌ها در مواجهه با این معضلات قانونی پرداخته‌اند. تنها در مطالعه آکر (۲۰۰۰) در انگلستان، بیان شده که ۸٪ از مادران در دوره انتظار (بارداری صاحب رحم)، از احتمال بروز مشکلات قانونی<sup>۲</sup> نگران بوده‌اند و ۲۳٪ نگران بوده‌اند که دهنده رحم ممکن است از نظر عاطفی تحویل کودک برایش مشکل باشد (۳۴) و نیز در مطالعه دیگر وی (۲۰۰۷) نیز به ترس از عدم تحویل کودک توسط دهنده رحم و مشکلات قانونی تنها اشاره شده است (۲۲). مطالعه دیگری که نشان دهنده نگرانی‌های مادران در این زمینه در ایران و سایر کشورها باشد، یافت نشد. مطالعات بیشتر مشکلات قانونی را از جنبه اختلافات احتمالی میان دهنده رحم و زوج خواهان فرزند مورد بررسی قرار داده و مطالعه‌ای که به بررسی نحوه مواجهه خانواده‌ها با معضلات قانونی حمل جایگزین به ویژه در موعده زایمان پرداخته باشد، یافت نشد. بنابراین انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

مطالعه‌ای که به تجارب مشارکت‌کنندگان در زمینه دریافت خدمات حمایتی آموزشی پرداخته شده باشد،

در استرالیا سازمان گسترده قانون گذاری در زمینه خدمات تکنولوژی کمک باروری وجود ندارد اما تمامی کلینیک‌های ناباروری، سالیانه توسط کمیته اعتبار بخشی تکنولوژی کمک باروری استرالیا بازدید می‌شود تا حداقل استانداردهای موجود را دارا بوده و جهت بهبود کیفیت ارائه مراقبت به مددجویانشان تشویق شوند. همچنین دولت فدرال استرالیا از طریق شورای ملی تحقیقات پزشکی و سلامت<sup>۱</sup> راهبردهای اخلاقی را برای استفاده در حیطه تکنولوژی‌های کمک باروری در بالین و تحقیقات انتشار داده است (۱۷).

و اما در حیطه مواجهه با معضلات قانونی، همانطور که تجارب مشارکت‌کنندگان نیز نشان می‌دهد، قوانین ثبت احوال فعلی مجوز صدور گواهی ولادت را به نام والدین ژنتیکی کودک نمی‌دهد و به ناچار پزشک موظف است گواهی ولادت را تنها برای بانویی که فرزند را زایمان می‌کند، صادر نماید؛ مگر این که پزشک به ناچار مرتکب انجام جرم شود و گواهی را به نام والدین ژنتیکی صادر نماید و یا این که بانوی صاحب رحم به ناچار مرتکب جرم شود و با نام مادر ژنتیکی 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 (۷). نکته اینجاست که صدور گواهی ولادت به نام زایمان کننده، تنها خاص ایران نبوده و در اکثر کشورها از جمله استرالیا (۱۷)، انگلستان (۱۶، ۲۲، ۳۳) برخی ایالات آمریکا از جمله کنتاکی (۱۶) نیز زایمان کننده مادر قانونی کودک محسوب می‌شود و در استرالیا حتی بانوی زایمان کننده در صورت داشتن همسر، همسر وی نیز پدر قانونی کودک محسوب می‌شود (۱۷). در انگلستان دهنده رحم، مادر قانونی کودک است (حتی اگر اسپرم و تخمک از پدر و مادر باشد)؛ بنابراین اگر صاحب رحم بخواهد کودک را برای خود نگه دارد، او نمی‌تواند توسط زوج خواهان فرزند تحت فشار قرار گیرد. (۱۶، ۲۲، ۳۳). در صورت تمایل صاحب رحم، زوج خواهان فرزند می‌توانند کودک را به فرزند

1. possibility of legal problem

1. National Health and Medical Research Council (NHMRC)

یافت نشد. اما هامبرگ (۲۰۱۱)، در مقاله خود می‌نویسد در استرالیا مشاوره برای همه اعضاء درگیر قرارداد حمل جایگزین اجباری است و از جمله مواردی که در مشاوره در نظر گرفته می‌شود این است که در همه ایالت‌هایی که حمل جایگزین انجام می‌شود، مشارکت‌کنندگان باید مشاوره قانونی در ارتباط با قرارداد حمل جایگزین دریافت نمایند (۱۷). وقتی زوج‌ها حمل جایگزین را انتخاب می‌کنند این وظیفه پزشک است که در کنار توضیح تمامی جنبه‌های پزشکی و خطرات پزشکی، مطمئن شود که در مورد جنبه‌ها و مسائل قانونی و اخلاقی و مزایا و سایر روش‌های در دسترس نیز بحث خواهد شد. در صورتی که پزشک متخصص باروری با این مسائل آشنا نباشد باید زوج‌ها را به مشاور مناسب ارجاع دهد (۱۶). همچنین کرک (۱۹۹۸) به نقش تمامی افراد حرفه‌ای از جمله پرستاران، ماماها و مددکاران اجتماعی که در ارائه خدمات کمک باروری به طور مستقیم یا غیر مستقیم درگیرند، در آگاه‌سازی جامعه و حمایت و آگاه‌سازی زوج‌های نابارور جستجو کننده درمان از مشکلات پیش رو اشاره نموده و بیان کرده است که افراد حرفه‌ای باید به مشکلات افراد درگیر این فرآیند آگاه بوده و به روز رسانی این اطلاعات برای افراد حرفه‌ای که در چنین فیلدهای به سرعت پیشرونده‌ای شاغل هستند، ضروری است (۳۳). آخوندی (۱۳۸۶) در مقاله خود پیشنهاد داده است که در قوانین باید به ثبت کتبی رضایت کامل طرفین در انتخاب هر یک از این روش‌های درمانی، به عنوان یکی از نکات مهم و اساسی توجه شود. این رضایت باید تعهد اجاره دهنده رحم را در صورت نظر کردن از تمام حقوق و تکالیف ناشی از فرزند دار شدن روشن ساخته، به طور صریح بیان نماید که زن نابارور، مادر قانونی کودک و زوج نابارور متقاضی، والدین قانونی کودک هستند. مشورت با وکیل مطلع در این زمینه برای اطلاع از قوانین مربوط فعلی و مشکلات ناشی از آن، ضروری است. هر گونه اطلاعی که بتواند در تصمیم زوج نسبت به استفاده از این تکنیک‌ها تغییری حاصل نماید، بایستی قبل از هر گونه اقدام درمانی در مشاوره‌های متعدد عرضه گردد و پس از پذیرش آگاهانه

و رضایت زوج، امکان استفاده از این تکنیک‌ها محقق شود. بکارگیری این تکنیک‌ها در درمان ناباروری زوج، بدون فراهم آمدن مقدمات اولیه ارزیابی سلامت اهداء کننده و دریافت کننده و عدم آگاه‌سازی دقیق زوج نابارور از ابعاد متنوع فقهی، حقوقی، روانی، اجتماعی و اخلاقی می‌تواند زمینه ساز آسیب‌های اجتماعی جبران ناپذیر بعدی برای زوج و فرزند حاصل باشد و مراکز درمان ناباروری بایستی دقت کافی در این زمینه را مبذول نمایند (۲۳)؛ اما متأسفانه به دلیل عدم حمایت قوانین از کادر درمان، پزشکان، بیمارستان و مراکز ناباروری، معمولاً خانواده‌ها تا اواخر دوره انتظار در جریان دقیق معضلات قانونی حمل جایگزین قرار نمی‌گیرند و همین عامل آنان را با تنش‌های فراوانی مواجه می‌نماید.

### نتیجه گیری

تجارب مشارکت‌کنندگان نشان دهنده وجود بستر قانونی نامناسب حمل جایگزین می‌باشد که منجر به تحمیل تنش‌های فراوان به استفاده کنندگان این تکنولوژی‌های جدید می‌شود. به منظور پیشگیری از تحمیل استرس‌های روحی روانی و مالی مضاعف، برخوردی جدی‌تر و تنظیم قوانینی مشخص ضروری به نظر می‌رسد. همچنین کادر درمان، پیش از تصمیم‌گیری خانواده‌ها باید آنان را در جریان کامل روند درمان قرار داده و با آگاهی کامل وارد این فرآیند نمایند.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج رساله مصوب دکترای پرستاری و طرح پژوهشی مشترک با دانشگاه تربیت مدرس و پژوهشگاه رویان است که توسط کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس و پژوهشگاه رویان به طور جداگانه مورد تأیید قرار گرفته است. از کلیه مشارکت‌کنندگان بابت ارائه تجارب ارزشمند خویش و همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت مالی و پژوهشگاه رویان بابت همکاری صمیمانه‌شان تشکر می‌شود.

1. Jadva V, Murray C, Lycett C, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Hum Reprod* 2003 Oct;18(10):2196-204.
2. MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadva V, Golombok S. Surrogacy: the experience of commissioning couples. *Hum Reprod* 2003 Jun;18(6):1334-42.
3. Yousef Ghahari B. [Perspectives and challenges of surrogacy in Iran] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2008;9(2):138-43.
4. Asemani O, Emami M. [Comparing the Iranian surrogacy law and the gestational surrogacy act of illinois] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2010;11(4):349.
5. Strathern M. Still giving nature a helping hand? Surrogacy: a debate about technology and society. *J Mol Biol* 2002 Jun 14;319(4):985-93.
6. Baykal B, Korkmaz C, Ceyhan ST, Goktolga U, Baser I. Opinions of infertile Turkish women on gamete donation and gestational surrogacy. *Fertil Steril* 2008 Apr;89(4):817-22.
7. Akhondi MA, Behjati-Ardakani Z. [Surrogacy and the necessity for its application in infertility treatment] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2008;9(1):8-13.
8. Aramesh K. [Ethical assessment of monetary relationship in surrogacy] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2008;9(1):37-42.
9. Haghghat F, Azad-Hoosh S, Alaedini Z, Moetamedi S, Rasulzadeh-Tabatabaie SK. [Surrogacy: attitudes of Iranian males and females about surrogacy]. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Samt;2009. [in Persian]
10. Fazli-Khalaf Z, Shafiabadi A, Tarahhomi M. [Psychological aspects of surrogate motherhood] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2008;9(1):44-9.
11. Asghari F. [Ethical issues in surrogate motherhood] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2008;9(1):31-5.
12. Garmaroudi S. [Gestational surrogacy in Iran] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2008;9(1):51-64.
13. Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update* 2003 Sep-Oct;9(5):483-91.
14. Pashmi M, Ahmadi SA, Tabatabaie SM. [The need for counseling surrogate mothers] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2009 Jan-Mar;9(4):361-72.
15. Hamdolahi A, Roshan M. [Comparative study of jurisprudence and legal contract of surrogacy]. Tehran: Majd;2009.:312. [in Persian]
16. Sharma BR. Forensic considerations of surrogacy – an overview. *J Clin Forensic Med* 2006 Feb;13(2):80-5.
17. Hammarberg K, Johnson L, Petrillo T. Gamete and embryo donation and surrogacy in Australia: the social context and regulatory framework. *Int J Fertil Steril* 2011;4(4):176-83.
18. Alizadeh M. [Effects of surrogacy arrangements] [Article in Persian]. *J Razavi Univ Islam Sci* 2009;12:167-87.
19. AVECINA Infertility Center. [Surrogacy]. Tehran: Samt;2007. [in Persian]
20. Milanifar AR, Akhondi MA. [Issuing birth certificates and ID cards for newborns following a surrogate birth and the legal and ethical relationships of the medical team] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2008;9(1):83-8.
21. Rahimi H. [Civil responsibility in surrogacy] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2008;9(2):166-81.
22. van den Akker OB. Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Hum Reprod Update* 2007 Jan-Feb;13(1):53-62. Review.
23. Akhondi MM, Behjati-Ardakani Z, Arefi S, Sadri-Ardekani H, Persian MA, Zamani AH, et al. [A close look at natural and in vitro fertilization as well as the need for donated gametes in treatment of infertility] [Article in Persian]. *Payesh* 2007;6(4):307-21.
24. Gugucheva M. Surrogacy in America. Cambridge: Council for Responsible Genetics;2010.
25. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008 Apr;62(1):107-15.
26. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005 Nov;15(9):1277-88.
27. Abedi HA, Ravanipour M, Karimollahi M, Yousefi H. [Qualitative research methods in nursing]. Tehran: Boshra;2006. [in Persian].
28. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. In: Wildemuth B editors. Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library. Portland: Book News; 2009;
29. Kisu I, Banno K, Mihara M, Iida T, Yoshimura Y. Current status of surrogacy in Japan and uterine transplantation research. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011 Oct;158(2):135-40.
30. Reilly DR. Surrogate pregnancy: a guide for canadian prenatal health care providers. *CMAJ* 2007 Feb 13;176(4):483-5.
31. Schenker JG. Assisted reproduction practice in Europe: legal and ethical aspects. *Hum Reprod Update* 1997 Mar-Apr;3(2):173-84. Review.
32. Whittaker A. Cross-border assisted reproduction care in Asia: implications for access, equity and regulations. *Reprod Health Matters* 2011 May;19(37):107-16. Review.
33. Kirk M. Relative concerns associated with genetics and surrogacy. *Br J Nurs* 1998 Jun 8;7(12):717-22.
34. van den Akker O. The importance of genetic link in mothers commissioning a surrogate baby in UK. *Hum Reprod* 2000 Aug;15(8):1849-55.