

مروری بر جنبه‌های حقوقی، قانونی، اخلاقی و فقهی رحم جایگزین در ایران با تأکید بر جنبه مشاوره‌ای آن

ناهید جهانی شوراب^۱، دکتر رباب لطیف نژاد رودسری^{۲*}

۱. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۱۴

خلاصه

مقدمه: یکی از شیوه‌های کمک به زوجین نابارور، استفاده از روش‌های کمک باروری است. در فرآیند درمان ناباروری به روش رحم جایگزین نیاز به مشارکت فرد سوم پیامدهای ویژه قانونی - حقوقی، فقهی و اخلاقی را در پی خواهد داشت. مطالعه مروری حاضر با هدف بررسی مطالعات صورت گرفته پیرامون جنبه‌های قانونی - حقوقی، فقهی و اخلاقی رحم جایگزین در ایران با تأکید بر جنبه مشاوره انجام شد.

روش کار: مطالعه مروری حاضر حاصل مرور شواهد منتشر شده پیرامون جنبه‌های مذکور رحم اجاره‌ای توسط نویسندگان ایرانی در فاصله سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۶ در پایگاه‌های فارسی SID, Iran Medex و انگلیسی CINAHL, Google Scholar و PubMed می‌باشد. برای جمع‌آوری اطلاعات ابتدا مقالاتی که در عنوان و یا متن دارای یکی از کلمات "رحم اجاره‌ای"، "مادر جایگزین"، "بارداری با مشارکت شخص ثالث"، "ناباروری"، "قانون"، "حقوق"، "فقه" و "اخلاق" بودند به تنهایی یا در ترکیب با هم به صورت فارسی و انگلیسی معادل جستجو شدند. از بین ۷۰۶ مقاله، ۴۲ مقاله حائز شرایط پژوهش بود.

یافته‌ها: در قانون ایران جنبه‌های مختلف رحم جایگزین روشن نیست. عدم پذیرش رحم جایگزین از سوی اکثر علمای اهل سنت و اختلاف نظر علمای شیعه وجود دارد. وجود مسائل قانونی مانند ارث و نیز ابعاد اخلاقی احتمالی از جمله به خطر افتادن جان مادر حامل بر ضرورت مشاوره‌های مستمر و جامع بیش از پیش می‌افزاید. **نتیجه‌گیری:** تدوین راهنمای مشاوره‌ای جامع و در دسترس برای پاسخگویی به سؤالات طبی، قانونی و مذهبی زوجین داوطلب، قبل از انتخاب این روش درمانی ضروری است.

کلمات کلیدی: اخلاق، حقوق، رحم جایگزین، فقه و مشاوره

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر رباب لطیف نژاد رودسری؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱
پست الکترونیک: latifnejadr@mums.ac.ir

مقدمه

یکی از شیوه‌های کمک به زوجین نابارور، استفاده از روش‌های کمک باروری (ART)^۱ است (۱، ۲). بر اساس تعریف، تمام روش‌های ART شامل مداخلاتی برای برداشت اووسیت‌ها هستند. این تکنیک‌ها شامل: IVF، تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم (ICSI)^۲، انتقال داخل لوله‌ای گامت (GIFT)^۳ و انتقال داخل لوله‌ای زایگوت (ZIFT)^۴ می‌باشند، اما در مواردی که شرایط یا بیماری‌ها باعث اختلال گامت‌ها و اختلال توانایی باردار شدن می‌شوند، می‌توان از سایر گزینه‌های تولید مثلی مانند رحم اجاره‌ای^۵ استفاده کرد که به آن تولیدمثل با استفاده از شخص ثالث^۶ اطلاق می‌شود (۳). اولین مورد تولد کودک با استفاده از رحم جایگزین در سال ۱۹۸۵ در آمریکا انجام شد (۴، ۵).

در حاملگی نیابتی (اجاره‌ای) رویان به رحم زنی دیگر به نیابت از زوج نابارور، منتقل می‌شود. رحم اجاره‌ای در زنانی که فاقد رحم هستند (به‌صورت مادرزادی یا هیستریکتومی)، در زنانی که رحم آنان به صورت جبران‌ناپذیری آسیب دیده است (ناهنجاری‌های مادرزادی، چسبندگی‌های شدید داخل رحمی) و یا در زنانی که حاملگی برای آنان مخاطره‌آمیز است، کاربرد دارد. صرف نظر از شرایط موجود، افراد انتخاب شده برای رحم اجاره‌ای باید سابقه تولد زنده داشته باشند و تحت ارزیابی روان‌شناختی قرار گیرند (۶). همچنین رحم جایگزین در زنان با شکست‌های مکرر IVF توصیه می‌شود. میزان حاملگی در چنین مواردی ۴۰٪ و احتمال تولد زنده ۶۰٪ برآورد شده است. زنی که بچه را تا تولد حمل می‌کند و زایمان می‌کند را "مادر جایگزین"^۷ می‌نامند (۴). فرد پذیرنده یا همان مادر جایگزین ممکن است از خویشاوندان یا دوستان و یا از افراد غیر وابسته به زن و شوهر باشد و ممکن است بابت خدمتی که انجام می‌دهد، مبلغی را دریافت کند (۶).

محصل قوانین متفاوت در کشورها و حتی ایالت‌های مختلف یک کشور، تفاوت در ماهیت قرارداد رحم جایگزین در نظام حقوقی آن‌ها می‌باشد. این اقدام در آمریکا، روسیه، هند، کانادا، استرالیا، انگلستان، آفریقای جنوبی و آرژانتین نوعی عقد خاص تلقی می‌شود، در حالی که در کشورهایی مانند سوئد، نروژ، یونان، ایرلند و فنلاند، اسپانیا، فرانسه، آلمان، اتریش، ترکیه و مصر این قبیل قراردادها را معمولاً غیر قانونی و ممنوع می‌دانند. در برخی کشورها مانند انگلستان نیز به صورت تفرعی عمل شده و نفع و مصلحت کودک^۸ معیار است (۷، ۸). به هر حال، در صورت قانونی بودن استفاده از رحم جایگزین، انعقاد قرارداد رسمی قانونی برای ذکر توافقات صورت گرفته بین زوج نابارور و فردی که رویان در رحم وی قرار خواهد گرفت، ضروری است (۸).

در ایران یکی از شیوه‌های نوین پزشکی، باروری با مشارکت شخص ثالث است که با توجه به صدور فتوای مراجع، قانونی بودن آن در تیر ماه ۱۳۸۲ به تصویب رسیده است (۹، ۱۰). به موجب ماده یک این قانون، یعنی نحوه اهدای جنین به زوجین، تمام مراکز تخصصی درمان ناباروری ذی‌صلاح مجاز خواهند بود با رعایت شرایط مندرج در این قانون نسبت به انتقال جنین‌های حاصله از تلقیح خارج از رحم زوج‌های قانونی و شرعی که پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشکی ناباروری آنان (هر یک به تنهایی یا هر دو) به اثبات رسیده اقدام کنند. آیین‌نامه اجرایی این قانون در تاریخ ۱۳۸۳/۱۲/۱۹ ابلاغ شده است.

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که استفاده‌کنندگان از روش رحم جایگزین با چالش‌های زیادی روبرو هستند که همین امر لزوم برنامه‌ریزی دقیق‌تر خدمات تخصصی مراکز ناباروری را به منظور افزایش آگاهی مراجعین نشان می‌دهد (۹). بروز مشکلات روانی مانند افسردگی، خشم و احساس گناه عموماً در زنانی مشاهده می‌شود که بدون آگاهی از جوانب امر اقدام به پذیرش قرارداد مادر جانشین کرده‌اند (۱۱). زوجین نابارور ایرانی عدم حمایت

^۸ در این کشور نحوه ارتباط عاطفی کودک با والدین، توانایی مالی والدین در تأمین مسکن، تغذیه، مراقبت و درمان از جمله مواردی است که تعیین‌کننده مصلحت کودک است و دادگاه ذیصلاح با بررسی و توجه به این موارد، سرپرست طفل معین می‌شود.

^۱ In Vitro Fertilization

^۲ Intracytoplasmic sperm injection

^۳ Gamete Intra-Fallopian Transfer

^۴ Zygote Intrafallopian Transfer

^۵ Gestational carrier

^۶ Third party reproduction

^۷ surrogate

احتمالی قرار گیرد (۱۱). بنابراین مطالعه مروری حاضر با هدف تعیین جنبه‌های قانونی - حقوقی، فقهی و اخلاقی رحم اجاره‌ای در ایران با تأکید بر جنبه مشاوره‌ای آن انجام شد.

روش کار

مطالعه مروری حاضر حاصل مرور شواهد منتشر شده پیرامون جنبه‌های قانونی-حقوقی، فقهی و اخلاقی رحم اجاره‌ای توسط نویسندگان ایرانی در فاصله سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۶ در پایگاه‌های فارسی SID، Iran Medex و انگلیسی Google Scholar، CINAHL، PubMed می‌باشد. برای جمع‌آوری اطلاعات ابتدا مقالاتی که در عنوان و یا متن دارای یکی از کلمات رحم اجاره‌ای، مادر جایگزین، بارداری با مشارکت شخص ثالث، نابرووری، قانون، حقوق، فقه، و اخلاق بودند به تنهایی یا در ترکیب با هم به صورت فارسی و انگلیسی معادل جستجو شدند. ۴۳۲ مقاله از پایگاه PubMed، ۲۶۳ مقاله از پایگاه Google Scholar، ۸ مقاله از CINAHL، ۲۷ مقاله از SID و ۳ مقاله از پایگاه اطلاعاتی Iran Medex به دست آمد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: انتشار مقاله در بازه زمانی ۱۰ ساله ۲۰۰۶-۲۰۱۶، ایرانی بودن نویسندگان و بیان قانونی-مسائل حقوقی، فقهی و اخلاقی یا مشاوره‌ای بود که به صورت فارسی یا انگلیسی چاپ شده بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن محتوایی خارج از مطالعه و بیان تجربه یا دیدگاه افراد بود که با حذف تکراری بودن، در نهایت ۴۲ مقاله مروری روایتی^۱ و دارای شرایط مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. روش کار بدین صورت بود که ابتدا نویسنده اول، بخش‌های مطالعه را مجزا مطالعه کرده و برداشت خود را در هر بخش ثبت می‌کرد. ارزیابی مجدد به همین طریق توسط پژوهشگر دوم انجام شد، نکات استخراج شده در جدول شواهد درج گردید و در صورت وجود عدم توافق، با ارزیابی مجدد مقالات و در طی جلسه مشترک، جدول تکمیل شد.

کافی در انتخاب حامل و ارائه اطلاعات ناکافی برای انتخاب آگاهانه را از مشکلات اساسی این روش (۹) و چالش برانگیزترین مرحله این فرآیند را انتخاب حامل مناسب دانسته (۹، ۱۲) و حمایت سیستم‌های ارائه‌دهنده خدمات باروری را در این عرصه بسیار ناکارآمد توصیف کرده‌اند (۹). هرچند در تمامی فرآیندهای درمانی و پزشکی، ارائه آگاهی‌های صحیح که منجر به انتخاب صحیح شود تأکید شده است، اما ارائه این اطلاعات در موضوع رحم جایگزین بسیار اساسی است. زیرا پذیرش مادر حامل با آگاهی کامل از مسائل پزشکی، حقوقی، اجتماعی و شرعی اثر روانی مخرب ناشی از جانشینی را کم می‌کند (۱۳).

مشخص نبودن محدودیت‌های سنی حداقلی و حداکثری برای والدین حکمی و مادر جانشین، نامشخص بودن سطح دخالت درمانگاه‌های درمان ناباروری در قراردادهای جانشینی و مشاوره‌های درمانی و غیر درمانی، واضح نبودن قانون درباره اجاره رحم زن تابع ایران به اتباع دیگر کشورها، فقدان قانون در مورد عدم تسلیم کودک به والدین ژنتیکی و یا محرومیت از حمایت‌های قانونی و حق زایمان برای زن حامل، عدم تعیین سرپرست قانونی در صورت فوت والدین حکمی جهت حفظ حقوق کودک در قرارداد، نامشخص بودن حفظ حقوق و رضایت همسر فرزندان زن حامل و بالاخره روشن نبودن تکالیف عمومی و قانونی طرفین در این قراردادها از جمله مشکلات حقوقی، قانونی و اخلاقی است که زوجین درگیر در این روش درمانی با آن روبرو می‌باشند (۲، ۱۳-۱۵).

بدین جهت به تمام زوجینی که تمایل دارند هر یک از انواع "تولید مثل با استفاده از شخص ثالث" را به کار گیرند، مشاوره قانونی و روانی اجتماعی توصیه می‌شود (۳). در انگلستان فراهم‌سازی شرایط مشاوره برای تمام افرادی که در استفاده از رحم جایگزین سهیم هستند، الزامی است. از آنجا که قوانین هر کشور در این زمینه مختص خود بوده و بیان آن در جلسات مشاوره‌ای زوجین نابارور برای آگاهی از تبعات ضروری می‌باشد، در جلسات مشاوره‌ای قبل از اقدام به اهدای رحم جایگزین باید آگاهی‌های لازم پیرامون این مسائل در اختیار طرفین زوجین به منظور کاستن از بروز مشکلات

¹ Narrative review

یافته‌ها

مستندات قانونی و حقوقی:

ابعاد حقوقی و قانونی مورد مطالعه در رابطه با رحم اجاره‌ای عمدتاً متمرکز بر قانونی بودن این روش، لزوم انعقاد قرارداد و محتوای قراردادها، فراگیر نبودن قانون اهدای جنین درباره رحم اجاره‌ای و مشکلات موجود آن از جمله صدور شناسنامه و تصویب قانون اهدای جنین در تیر ماه ۱۳۸۲ می‌باشد (۲، ۱۶-۱۹). لطفی و همکار (۲۰۱۲) در بررسی احکام حقوقی طفل حاصل از رحم جایگزین بیان کردند که در مورد جواز یا عدم جواز انتقال جنین به رحم بیگانه در قانون مدنی ایران قانون صریحی وجود ندارد و با توجه به عدم منع در قانون مدنی، انجام آن جایز است (۱۶). رحیمی (۲۰۰۸) در مطالعه خود تحت عنوان مسئولیت مدنی ناشی از رحم جایگزین بر لزوم قرارداد و تنظیم آن به صورت سند رسمی تأکید کرد. وی معتقد است که شرایط متعاقد قرارداد باید توسط قانون‌گذار معین شود و نباید مقررات کلی مربوط به اهلیت (صلاحیت) را مجری دانست، زیرا هر کسی که از نظر قانون اهلیت دارد، چه او خواستار فرزند باشد یا متقاضی بارداری برای دیگری باشد، صلاحیت انعقاد قرارداد رحم جایگزین را ندارد. به عبارتی باید قانون‌گذار مداخله نماید و مقررات مشخص و روشنی را وضع کند تا از اختلاف و نزاع جلوگیری شود (۲). صالحی (۲۰۱۲) نیز قراردادهای رحم جایگزین را بر اساس ماده ۱۰ قانون مدنی قابل قبول می‌داند، اما به دلیل آثار قهری مانند قرابت و نسب که بر آن مترتب می‌شود، بیان می‌کند که تمام موارد قرارداد بر اساس اراده طرفین نمی‌تواند معین شود (۷). قرارداد رحم جایگزین بر اساس قانون ۱۸۵ مدنی در گروه عقود لازم قرار دارد. عقود لازم عقود هستند که هیچ یک از طرفین قرارداد حق فسخ (انحلال و از بین بردن عقد) آن را ندارند، مگر با توافق دو طرف عقد که بدان تفاسخ یا اقاله می‌گویند (قانون ۱۸۵ مدنی)، ولی در مورد قرارداد رحم جایگزین با توجه به حساسیت موضوع آن، اقاله قرارداد یا همان توافق دو طرف عقد مبنی بر برهم زدن عقد منعقد صرفاً تا قبل از استقرار جنین در رحم مادر جنشین ممکن خواهد بود (۲۰) اسدی‌نژاد و همکاران

(۲۰۱۴) گزارش کردند که به لحاظ قانونی همسر صاحب رحم در صورت عدم رضایت امکان برهم زدن قرارداد را قبل از کاشت جنین دارد، هم‌چنین می‌تواند به دلیل تخلف زوجه از ادای وظایف زوجیت در برابر شوهرش از پرداخت نفقه خودداری کند (۲۱).

علیزاده (۲۰۰۹) جمع دو قانون (۴۶۶ و ۴۶۷) را تعیین کننده حدود وظایف مادر جنشین می‌داند که بر این اساس، مادر جنشین متعهد می‌گردد مطابق شرایط قرارداد، تخمک بارور شده یا جنین والدین حکمی را در مدت معینی در رحم خود نگه داشته و با رعایت اموری که برای سلامتی خود و جنین ضرورت دارد، پرورش دهد و پس از طی زمان بارداری و زایمان به والدین حکمی، تحویل دهد. بنابراین در این قرارداد مادر جنشین مباشر خاص (فاعل) است. اگر از انجام تعهدات خودداری کند، چنانچه قبل از بارداری و بعد از انعقاد قرارداد باشد، دادگاه می‌تواند او را وادار به انجام تعهد کند و چنانچه اجبار ممکن نشود، طرفین قرارداد حق فسخ قرارداد و دریافت خسارت را دارند. ولی چنانچه بعد از بارداری باشد مسأله دشوار می‌شود، به‌ویژه اگر خودداری از انجام تعهد باعث آسیب جسمانی شود (سقط) که در این صورت علاوه بر جنبه حقوقی به دلیل ارتکاب جرائم جنبه کیفری نیز پیدا می‌کند (۲۲). به هرحال این قرارداد ظاهراً پیش از بارداری جایز و پس از آن لازم می‌شود. در صورتی که فسخ پیش از بارداری صورت گیرد، تمام هزینه‌های تحمیل شده به حمل کننده جنین بر عهده والدین ژنتیکی خواهد بود. در این قراردادها باید به پرداخت هزینه‌هایی مانند رفت‌وآمد و لباس یا اجرت خدمتکار (به‌ویژه در صورت بارداری پرخطر) مبادرت نمود. در مورد پرداخت حق بیمه نیز از زمان حمل تا ۲ ماه بعد از زایمان می‌توان اقدام کرد و یا بر محرمانه ماندن تأکید کرد (هیچ یک از طرفین قرارداد نمی‌تواند بدون موافقت دیگری جزئیات این توافق یا مسئله رحم جایگزین را با رسانه‌ها در میان بگذارد) (۲). جورسرایی و همکاران (۲۰۱۳) با اشاره به تنها قانون اهداء مربوط به سال ۱۳۸۲ بیان کردند که آنچه در این قانون (قانون اهداء) به نحوی مغفول مانده، استفاده از رحم جایگزین است. فقدان قانون باعث سردرگمی

متقاضیان این مسئله خواهد شد. در خصوص پرداخت هزینه به فردی که متقبل رحم جایگزین می‌شود، نیز دستورالعمل خاصی وجود ندارد (۸). باغلو و همکاران (۲۰۱۴) عدم تعارض پرداخت هزینه و عوض را با قواعد حقوقی ایران گزارش کردند (۲۱). حمدا. و همکار (۲۰۱۱) به لحاظ حقوقی و بر طبق ماده ۱۱۹۹ قانون مدنی پدر را مکلف به پرداخت نفقه به زن صاحب رحم می‌دانند (۲۳).

در این قراردادها باید مشکلات احتمالی پیش‌بینی شود. به‌طور مثال در صورت فوت پدر ژنتیکی، کودک به مادر ژنتیکی تحویل داده خواهد شد و در صورت فوت والدین ژنتیکی کودک باید به شخصی معینی تحویل داده شود. طباطبایی و همکار (۲۰۱۴) به استناد قانون مدنی ۱۱۳۳، عدم مسئولیت مادر جانشین مدنی در قبال کودک در صورت فوت پدر و مادر ژنتیکی را اعلام داشتند (۲۴). از طرفی به لحاظ قانونی، داشتن رضایت همسر فرد دهنده رحم جایگزین در صورت داشتن همسر لازم است (۲، ۲۵)، زیرا به موجب ماده ۱۱۱۷ قانون مدنی شوهر می‌تواند زن خود را از حرفه یا صنعتی که منافی مصالح خانوادگی یا حیثیات خود یا زن باشد، منع نماید (۲۶). صفائی (۲۰۰۷) برابر ماده ۲ قانون اهداء، هفت شرط قانونی برای درخواست کننده رحم جایگزین را بدین‌گونه بیان کرده است: زوجیت (زن مجرد یا شوهر مرده نمی‌تواند متقاضی باشد)، داشتن گواهی معتبر پزشکی مبنی بر عدم باروری و بچه‌دار شدن، صلاحیت اخلاقی زوجین، عدم ابتلاء به بیماری‌های صعب‌العلاج در هر یک از زوجین، عدم محجوریت و اعتیاد زوجین (هر دو) و تابعیت جمهوری اسلامی ایران. البته صفائی شرط هفتم را به‌دلیل اصل برابری خودی و بیگانه در تمتع از حقوق مدنی، قابل ایراد دانسته است. این محقق نارسایی‌های قانونی ایران را در چند مسئله می‌داند که از آن جمله عدم اشاره به قانونی بودن تولید مثل با اجاره رحم است. در حالی که در برخی کشورها از جمله فرانسه به صراحت آن را ممنوع کرده است، هم‌چنین در مورد توارث، منع نکاح، ولایت قهری، عدم تعیین وضعیت جنین در صورت طلاق یا فوت متقاضیان موضوع مسکوت است که نیاز به

تصریح در قانون دارد (۲۵). علیزاده (۲۰۰۹) نیز سکوت قانون مدنی ایران را درباره وضعیت نسبی فرزند با زن صاحب رحم و صاحب تخمک گزارش کرده است و درباره ارث اشاره دارد که بر طبق قوانین ۱۱۵۸ تا ۱۱۶۷ مدنی ایران، مرد صاحب اسپرم و زن صاحب تخمک و رحم، در تمامی موارد به استثنای زنا از نظر قانونی پدر و مادر نسبی فرزند هستند (۲۲). در حقوق ایران الحاق کامل طفل به زن و شوهر متقاضی پذیرفته نشده است (۲۵). حاجی عزیزی و همکار (۲۰۱۶) پذیرش صاحب اسپرم به عنوان پدر طفل و اختلاف در مورد نسب مادری را در حقوق ایران بیان کردند (۲۸). هرچند جعفری تبار (۲۰۰۹) وجود ابهامات و تنگناهای قانونی را که قاضی در صورت طرح دعوی در خصوص تعیین مادر کودک با آن روبرو است، دلیلی بر پرهیز از ایجاد تعدد پدر و مادر برای فرزند می‌داند (۲۷). در حقوق آمریکا برخی از ایالات بنا بر مصلحت کودک رفتار می‌کنند و برخی بر حسب نسب کودک عمل می‌نمایند (۲۸). رخشنده و همکار (۲۰۱۰) نظر متفاوت حقوق‌دانان را به لحاظ اعتبار نسبت به این قرارداد گزارش کردند (۲۹). میلانی‌فر و همکاران (۲۰۰۸) به مشکل صدور شناسنامه بر اساس ماده ۱۹ قانون ثبت احوال اشاره کردند که نیازمند الحاق یک تبصره به نحوی است که پزشک یا مامای عامل زایمان بتوانند در صورت تأیید کتبی یکی از مراکز درمان ناباروری مبنی بر انجام عمل درمانی رحم جایگزین، گواهی ولادت را به نام زوجین نابارور معرفی شده توسط مراکز مذکور صادر نمایند (۳۰). محرومیت از حمایت‌های قانونی مانند مرخصی زایمان نیز از دیگر مشکلات روش رحم جایگزین می‌باشد (۱۴).

مستندات فقهی:

ابعاد فقهی مورد مطالعه در رابطه با رحم اجاره‌ای عمدتاً متمرکز بر اختلاف نظر فقهای شیعه و اهل سنت درباره جایز بودن یا عدم جواز استفاده از رحم جایگزین، نسب مادری کودک و داشتن همسر برای مادر حامل و آثار قرابت و نسب حاصل از این قرارداد می‌باشد. لطفی و همکار (۲۰۱۲)، نوری‌زاده (۲۰۰۹) و لاریجانی و همکار (۲۰۰۷) نظر فقهای اهل سنت را مبنی بر جایز ندانستن روش رحم جایگزین در درمان ناباروری زوجین گزارش

کردند (۵، ۱۶، ۳۱). از دلایل مخالفت آنان، حفظ نسل و پیشگیری از هرج و مرج بیان شده است (۲۲). اما این اختلاف نظر در میان فقهای شیعه نیز وجود دارد؛ به طوری که برخی^۱ فقها استفاده از رحم جایگزین را مجاز ندانسته، ولی بر طبق نظر جمعی^۲ دیگر منع شرعی برای آن وجود ندارد، مشروط بر اینکه اتفاقات غیر شرعی (مانند نگاه به نامحرم و ...) در اثنای تلقیح مصنوعی و جایگزینی بروز نکند. از نظر این دسته از فقها پرداخت اجرت به فرد دهنده رحم جایگزین نیز صحیح است (۵). حسینی (۲۰۱۱) در بررسی فقهی و حقوقی قرارداد رحم جایگزین گزارش کرد که در قسمی از بارداری به شیوه رحم جایگزین که جنین مورد نظر از تخمک زن بیگانه یا مادر جایگزین بوده است، نظر اکثر فقها بر عدم جواز چنین شیوه‌ای می‌باشد؛ زیرا تشکیل نطفه و به تبع آن جنین بایستی با تلقیح تخمک و اسپرم زن و مردی باشد که بین آن دو رابطه زوجیت اعم از دائم یا منقطع (موقت) وجود داشته باشد. پس می‌توان گفت که از لحاظ اخلاقی، شرعی و حقوقی، اجاره رحم به شیوه جانشینی کامل که مادر جایگزین، حمل کننده جنین متشکل از اسپرم و تخمک والدین حکمی (والدین ژنتیکی) است، بیشتر مورد پذیرش می‌باشد و اکثر فقها حکم به جواز استفاده از رحم جایگزین داده‌اند (۲۶).

رحمانی منشادی (۲۰۰۹) نیز درباره مشروعیت رحم جایگزین و اختلاف نظر فقهای شیعه چنین گزارش کرد که با توجه به تصویب قانون نحوه اهدای جنین، استفاده از اسپرم غیر شوهر مجاز نیست، مگر آن که بر اساس قانون نفی عسر و حرج بر حکم ثانوی رأی داده شود. البته اگر حکم مرجع تقلید آنان نامشروع بودن آن است، از نظر شرعی نمی‌توانند نسبت به چنین عملی اقدام کنند (۳۲).

اگرچه در رابطه با نسب پدری کودک اختلافی نیست و صاحب اسپرم پدر فرزند می‌باشد و این مرد، پسران و برادران او از محارم فرزند بوده و در صورت دختر بودن فرزند، ممنوعیت ازدواج با او را دارند (۲۲)، اما نسب

مادری کودک از دیگر اختلافاتی است که برخی محققین به آن پرداخته‌اند. نوری‌زاده (۲۰۰۹) به اختلاف نظر علمای شیعه در مورد نسب و مادر کودک اشاره دارد؛ به طوری که برخی علما^۳ زنی که جنین را حمل کرده و می‌زاید و برخی دیگر^۴ زن صاحب تخمک را مادر طفل می‌دانند. البته نظر سومی نیز وجود دارد و آن دو مادری دانستن طفل می‌باشد که آیت‌الله موسوی اردبیلی و آیت الله صادقی تهرانی قائل به دو مادری بودن طفل می‌باشند (۵). الماسی و همکاران (۲۰۱۲)، ناصری مقدم (۲۰۱۰) و روشن و همکار (۲۰۰۹) در بررسی فقهی - حقوقی قرابت مادر، ارتباط طفل با صاحب تخمک را ملاک رابطه مادر- فرزند دانسته‌اند (۳۳، ۳۴، ۳۵).

بنابراین معتقدند که صاحب رحم حق نسبی با فرزند ندارد و نمی‌توان حکم قرابت رضاعی را نسبت به باروری جانشینی، جریان داد. به علاوه ممنوعیت نکاح نیز در حالت استفاده از رحم جایگزین بین زن صاحب رحم و طفل برقرار نیست، هر چند که از لحاظ وجدانی و اخلاقی این امر قابل قبول نمی‌باشد (۳۳). از طرفی چنانچه رابطه ژنتیکی بین زوجه نازا و نوزاد برقرار نباشد و فرزند به وی تحویل داده شود، صرفاً رابطه فرزندخواندگی بین آنان برقرار است (۳۵). در حالی که حسینی (۲۰۱۱) در بررسی فقهی - حقوقی قرارداد رحم جایگزین ادعان دارد که فقها در تعیین نسب نوزادان این چنینی، نوزاد را منتسب به والدین حکمی (صاحبان تخمک و اسپرم) می‌دانند و مادر جایگزین را به قیاس اولویت، مادر رضاعی طفل می‌دانند که تنها با وی حرمت نکاح دارد، لکن سایر آثار دیگر نسب همانند ارث یا حضانت را شامل نخواهد شد (۲۶). ادیبی‌مهر و همکار (۲۰۰۹) ادله بیان شده درباره حرمت بین کودک با مادر جانشین از طریق رضاع را کافی ندانسته‌اند، هر چند معتقدند در باب ازدواج باید احتیاط کرد (۳۵). زارعی شریف و همکار (۲۰۰۹) نیز وجود محرمیت بین طفل و صاحب رحم را واقعی نمی‌دانند (۳۷، ۳۸). از آنجا که گروهی از فقها صاحب رحم، برخی صاحب تخمک و گروهی دو مادری

^۳ آیت‌الله خوئی، آیت‌الله اراکی، آیت الله معرفت (ره)، آیت‌الله تبریزی (ره)، آیت‌الله روحانی، آیت‌الله فاضل لنکرانی

^۴ آیت‌الله منتظری، آیت‌الله مومن، آیت‌الله صانعی، آیت‌الله مکارم شیرازی، آیت‌الله خامنه‌ای، آیت‌الله موسوی اردبیلی، آیت‌الله مؤمن

^۱ آیت‌الله شیخ جواد تبریزی، آیت‌الله فاضل لنکرانی، آیت‌الله بهجت و آیت‌الله نوری همدانی

^۲ آیت‌الله خامنه‌ای، آیت‌الله مکارم شیرازی، آیت الله بجنوردی، آیت‌الله صانعی، آیت‌الله موسوی اردبیلی، آیت‌الله مؤمن

را برای فرزند به دنیا آمده قائل شده‌اند، در باب ارث نیز اختلاف نظر بین فقها وجود دارد (۵، ۲۲)، لذا در صورت اول فرزند و زن صاحب رحم، در صورت دوم فرزند و زن صاحب تخمک و در صورت سوم زنان از فرزند و فرزند از زنان صاحب رحم و تخمک ارث می‌برند. از نظر گروهی که زن صاحب رحم را مادر عرفی می‌نامند، زن و فرزند از یکدیگر ارث نمی‌برند، ولی به مصالحه سفارش شده‌اند و در صورت نسبی بودن رابطه زن صاحب رحم و تخمک همین حکم برقرار است (۲۲). از شرایط دیگری که در زمینه فقهی به آن پرداخته شده است، جایز بودن یا عدم جواز روش مذکور برای زن همسر دار است. نوری زاده (۲۰۰۹) درباره شوهر دار بودن مادر جایگزین گزارش می‌کند که برخی فقها از جمله آیت‌الله منتظری فقط انتقال جنین به رحم زن بدون شوهر را جایز دانسته‌اند (۵). ولی گروه بسیاری از فقها معتقدند که انجام این عمل منافاتی با شوهر دار بودن مادر جایگزین ندارد، ولی در قرارداد رحم جایگزین بایستی رضایت شوهر وی اخذ گردد (۲، ۲۶).

مستندات اخلاقی:

در بررسی اخلاقی مقالات درباره رحم جایگزین مهم‌ترین موارد مطرح، پیشگیری از سوء استفاده‌های احتمالی نظیر تجاری شدن قرارداد، به خطر افتادن سلامت مادر جانشین و رضایت همسر و فرزندان وی، بروز واکنش‌های عاطفی در زمان تحویل نوزاد و افشای واقعیت می‌باشد. آرامش (۲۰۰۹) مهم‌ترین مسئله غیر اخلاقی این روش درمانی را احتمال تجاری شدن درمان می‌داند و معتقد است جنبه تجاری این مسئله زمانی نمود می‌یابد که زنان فقیر توسط همسر، پدر و یا خودشان مجبور به این امر شوند، مگر پرداخت هزینه به نوعی جبران و بازپرداخت در مورد هزینه‌های بارداری باشد (۳۹). آرامش (۲۰۰۹)، ضمانت اخلاقی درمان با رحم جایگزین را در گروهی انجام آن به روش بشردوستانه (رایگان) اعلام نمود که در صورت انتخاب حامل از بین دوستان و اقربا ممکن می‌گردد (۴۰). اما اصغری (۲۰۰۹)، کنترل مابه ازای خدمت را به مادر جانشین ضروری می‌داند که باید به جهت تقبل باروری و پذیرش خطرات ناشی از آن پرداخت گردد (۴۱). لاریجانی و همکار (۲۰۰۷) نیز

علاوه بر اشاره به جنبه اجبار اهداء کننده به دلایل مالی، به مشکلات دیگر موضوع آن همانند از بین رفتن اصل و نسب یک کودک و سردرگمی در مسائل مربوط به خویشاوندی، نگرانی در مورد فقدان رضایت همسر، افشای حقیقت و عدم پیگیری‌های آینده اشاره کردند. همچنین نگرانی در مورد به خطر افتادن سلامت مادر جانشین از دیگر مواردی است که به آن اشاره کردند (۳۱). یوسفی و همکار (۲۰۰۹) نیز سلامتی جسمی مادر جایگزین، حقوق و رضایت همسر و فرزندان او و خطرات احتمالی را از جمله مسائل اخلاقی موضوع می‌دانند (۴۲). کیانی و همکاران (۲۰۱۲) به بیان دو دیدگاه اخلاقی موافق و مخالف نسبت به مسأله درمانی رحم جایگزین پرداختند. دلایل مخالفان لطمه به ارکان خانواده، عدم تمایل به فرزندخواندگی و بهره‌کشی از زنان به‌ویژه هجوم کشورهای ثروتمند به استفاده از این امکانات ارزان در کشورهای جهان سوم، عدم پذیرش فرهنگی مسأله، امکان انتقال بیماری‌ها از مادر جایگزین به نوزاد، وجود ابهامات قانونی مانند صدور شناسنامه، احتمال بی‌توجهی مادر حامل در بارداری نسبت به سلامت جنین، احتمال نپذیرفتن جنین از سوی والدین متقاضی (در صورت نقص و وجود مشکلات جسمانی نوزاد) یا فوت و جدایی آنها و بهره‌کشی از زنان فقیر می‌باشد. در حالی که موافقان دلایلی چون حل مشکل زوجین نابارور و تبعات خانواده را عنوان کرده‌اند. ولی در نهایت کنترل‌های اخلاقی و قانونی مناسب را زمینه پیشگیری از سوء استفاده و مشکلات اخلاقی دانسته‌اند (۴۳). نوری زاده (۲۰۰۹) و اصغری (۲۰۰۹) نیز ضرورت نظارت کمیته‌های اخلاق مراکز درمان ناباروری را توصیه کردند (۵، ۴۱). راسخ و همکاران (۲۰۱۳) داشتن توان جسمانی پرورش کودک را یکی از موضوعات اخلاقی استفاده از روش‌های با و یا بدون مداخله شخص ثالث می‌دانند و توجه به سن متقاضیان و یا معلولیت و بیماری‌های ناتوان کننده را از محدودیت‌های پاسخ به این درخواست ذکر کردند (۴۴).

شاید یکی از مسائل اخلاقی مهم، افشای واقعیت باشد. تحقیقات انجام شده در ایران استفاده ترجیحی از الگوی محرمانگی به‌ویژه در نوع اهدایی را نشان می‌دهند (۴۵).

مطالعه قربانی و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد در روش‌های اهدایی درمان ناباروری که رابطه ژنتیکی با اهداء کننده وجود ندارد، تمایل به افشای واقعیت در زوجین نابارور دو برابر بیشتر است (مانند رحم جایگزین کامل) و وجود موانع فرهنگی اجتماعی را از دلایل اصلی این رازداری گزارش کردند (۴۶).

مشاوره با زوجین نابارور و اهداء کننده:

مطالعات در بُعد مشاوره‌ای رحم جانشین محدود بوده و عمدتاً متمرکز بر اهمیت اطلاع‌رسانی و مشاوره مستمر در حل مشکلات احتمالی ناشی از این روش درمانی است. در رابطه با ضرورت مشاوره در دو بخش پزشکی و روانی و این‌که یکی از وظایف مراکز مشاوره ناباروری، مشاوره با هر دو گروه زوج نابارور و زوجین اهداء کننده است، شکی وجود ندارد (۳)، اما زندگی و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی تجارب مادران استفاده کننده از حمل جایگزین به هنگام انتخاب حامل، ناکارآمدی سیستم‌های درمانی و عدم حمایت کافی آن‌ها در آگاه‌سازی را گزارش کردند (۹). ناکارآمدی این مشاوره‌ها می‌تواند نتیجه مشخص نبودن محتوای مشاوره و یا جامع نبودن آن باشد. آشنایی زوجین با قوانین و مقررات، مشکلات رویاروی فرد را کاهش می‌دهد. بهجتی اردکانی و همکاران (۲۰۰۸)، آشنایی با مشکلات بکارگیری این روش درمانی و معذوریت‌های پزشکی، فرهنگی، اجتماعی و قانونی آن را در مشاوره و ارزیابی حائز اهمیت گزارش کردند. این قوانین و مقررات جهت پیشگیری از مشکلات احتمالی طرح‌ریزی شده‌اند و مطالعات نشان می‌دهند که با مشاوره صحیح، درصد قابل توجهی از زوجین نابارور متقاضی و داوطلبان رحم جایگزین از انجام این کار انصراف داده‌اند. بنابراین مشاوره صحیح و کارآمد به منظور کاهش هزینه‌ها، مناسب‌ترین گزینه پیشنهادی است. هدف از مشاوره با طرفین دخیل در روند درمان جایگزینی رحمی، آماده‌سازی هر دو گروه برای در نظر گرفتن جوانب و مشکلات کوتاه مدت و دراز مدت است. طی مشاوره، مسائل اخلاقی، پزشکی، قانونی و روانی - اجتماعی این روش، خطرات احتمالی و منافع آن برای زوج نابارور، زن صاحب رحم و در صورت متأهل بودن بانوی صاحب

رحم، برای همسر وی تبیین می‌شود (۴۷)، زیرا داشتن اطلاعات کافی، قدرت تصمیم‌گیری صحیح فرد را افزایش می‌دهد (۹). در مشاوره طبی بر اساس دستورالعمل آمریکا توجه به یک سری موارد الزامی است؛ از جمله مادر جایگزین یا صاحب رحم باید از نظر وضعیت تولید مثلی و سلامت رحم با هیستروسالپینگوگرافی ارزیابی شود و در صورت داشتن سابقه قبلی مشکلات باروری، پیشنهاد شده است که از ورود او به فرآیند درمانی جلوگیری شود. همچنین متخصصین داخلی باید سلامت وی را از نظر ابتلاء به بیماری‌های زمینه‌ای بررسی کنند. متخصصان عفونی نیز باید از عدم ابتلای بانوی صاحب رحم و همسر وی به بیماری‌های عفونی نظیر آنچه در مورد زوج نابارور متقاضی رحم جایگزین مطرح است، اطمینان حاصل نمایند. سابقه داشتن فرزند، سن زیر ۳۵ سال و داشتن همسر در انتخاب بانوی صاحب رحم ارجحیت دارد (۴۸). بررسی سلامت طبی زوجین نابارور نیز در مورد بیماری‌های عفونی مانند هپاتیت و ایدز، ارزیابی سلامت عملکرد تخمدان‌ها و بیضه‌ها با انجام آزمایشات هورمونی، آنالیز اسپرم و سونوگرافی تخمدان‌ها نیز ضروری است (۴۹).

سلامت روانی زوج نابارور و پایداری زناشویی، نداشتن اختلالات شخصیتی یا افسردگی شدید، عدم اعتیاد و مشروبات الکلی، عدم عقب‌ماندگی ذهنی، وسواس و جامعه‌ستیزی از موانعی است که زوجین نمی‌توانند در فهرست درخواست‌کنندگان قرار گیرند. بررسی این موارد جهت تأیید سلامت روان زوجین نابارور و اهداء کننده می‌باشد (۵۰). بهجتی اردکانی (۲۰۰۸) بیان می‌کند که توجه به انگیزه و شخصیت بانوی صاحب رحم حائز اهمیت است. به‌علاوه اطمینان از آگاهی وی از فرآیند درمان و مشکلات احتمالی حین درمان به‌ویژه تبعات حین درمان (از جمله چندقلویی، باروری خارج رحمی، بروز مشکلات ژنتیکی احتمالی)، سابقه ابتلاء به اختلالات روانی، اختلال در خوردن، داروهای مصرفی و عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی، از مواردی هستند که در بررسی سلامت روان باید مورد توجه قرار گیرند (۴۷). فضلی خلف و همکاران (۲۰۰۹) معتقدند که مشاوره دقیق باعث سپری شدن این دوران به‌صورت

روش توسط اتباع بیگانه و یا تکلیف نوزاد متولد با ناهنجاری در صورت عدم تحویل زوجین متقاضی کاملاً واضح و صریح بیان شود (۱۳). چالش دیگری که طبق آیین نامه اهداء در قوانین وجود دارد این است که افراد مبتلا به HIV و هیپاتیت، نمی‌توانند اهداء کننده باشند، اما می‌توانند گیرنده باشند که باید به این مسأله توجه شود (۱۳، ۲۵، ۳۱). هم‌چنین ضروری است نظر صریح قانون مدنی ایران در باره وضعیت نسبی فرزند با زن صاحب رحم، توارث و منع نکاح و ولایت قهری، طلاق یا فوت والدین ژنتیکی بیان شود (۲۵).

بررسی مقالات منتشره نشان می‌دهد که کمیته‌های اخلاق مراکز درمان ناباروری باید به طریق جدی‌تری به مسائل اخلاقی این روش درمانی توجه داشته باشند. سوء استفاده‌های احتمالی و بهره‌کشی، نگرانی در مورد فقدان رضایت همسر زن صاحب رحم، عدم افشاء حقیقت و عدم پیگیری‌های آینده، نپذیرفتن کودک با نقص جسمی توسط والدین متقاضی و یا بی‌توجهی به سلامت جنین در بارداری از عمده مسائلی است که باید به آن توجه داشت (۴۱، ۴۲، ۴۴).

در مورد جواز شرعی رحم جایگزین، اکثر علمای شیعه انجام آن را مجاز دانسته‌اند، هرچند در مورد جایز بودن آن برای زن همسر دار به عنوان حامل، نظر علمای شیعه تفاوت دارد. به دلیل تفاوت نظرات فقها توصیه شده که زوجین درگیر درمان قبل از شروع درمان تکلیف شرعی خود را از مرجع تقلیدشان جویا شوند.

بروز واکنش‌های عاطفی هم‌چون سوگ پس از تحویل نوزاد، تأثیرات نهفته آن بر روی سایر کودکان زن، بروز احساس گناه در صورت نیاز به سقط و عوارض طبی احتمالی از جمله محتوایی است که باید در مشاوره‌های درمانی قبل از شروع درمان گنجانده شود. انجام چنین مشاوره‌هایی در برخی کشورهای اروپایی و آمریکا باعث حل شدن و یا کاهش مشکلات اخلاقی رحم جایگزین شده است (۴).

از نقاط مثبت این مطالعه فراهم نمودن اطلاعات لازم جهت تهیه یک پیش‌نویس تدوین راهنمای جامع مشاوره‌ای برای زوجینی است که به نحوی با این گزینه روبرو خواهند شد. اشاره به چالش‌های قانونی و شرعی

تجربه مثبت خواهد شد. ارائه مشاوره‌های لازم از بروز برخی مشکلات عاطفی در مادر حامل به‌خصوص زمان تحویل نوزاد می‌کاهد (۵۱)، اضطراب زوجین نابارور را کاهش و تصمیم‌گیری در مورد زمان و چگونگی بیان حقیقت را تسهیل می‌کند. این مشاوره‌ها با افزایش آگاهی پیرامون معایب پیروی از الگوی محرمانه (۴۶) و عدم افشای واقعیت به کودک از تزییع حق کودک در شناخت والدین واقعی پیشگیری می‌کند، زیرا مطابق ماده ۷ کنوانسیون حقوق کودک، کودک حق دارد پدر و مادر خود را بشناسد (۷).

بحث

در مجموع جنبه‌های متنوعی که پیرامون این مسأله وجود دارد، باعث خلأهایی در حیطة قانونی و حقوقی و اخلاقی و فقهی برای زوجین درگیر درمان شده است. این روش درمان در کشور ایران به لحاظ قانونی پذیرفته شده، اما به دلیل فقدان یک قرارداد معین، نبود یک قانون خاص پیرامون رحم جایگزین و مسائل حقوقی زوجین درگیر درمان دارای ابهاماتی است.

بیان شفاف مسائل حقوقی- قانونی و اخلاقی در سایر کشورها از جمله آمریکا یا انگلیس به دلیل طولانی‌تر بودن یا پیشگام بودن در این عرصه قابل توجه است، اما آنچه ابهامات را برطرف می‌کند، وجود راهنماهای جامع و در دسترس می‌باشد که با افزایش آگاهی و پذیرش فرهنگی موانع را کاهش داده است (۴۷، ۴۸، ۵۱).

از آن‌جا که قانون نحوه اهداء جنین تنها نگاه به حالت خاصی از درمان ناباروری دارد، تصویب قانون ناظر به موضوع رحم جانشین و یا افزودن بندهای تکمیلی بر تبیین و شناخت شرایط و آثار قرارداد رحم جایگزین به زوجین نابارور کمک خواهد کرد تا با آگاهی بیشتری این روش درمانی را برگزینند (۱۶، ۱۸، ۲۲). تعیین محدودیت‌های سنی حداقلی و حداکثری برای والدین حکمی و مادر جانشین، تعیین وظایف درمانگاه‌های درمان ناباروری و سطح دخالت آن‌ها در قراردادهای جانشینی و مشاوره‌های درمانی و غیر درمانی توسط قانون‌گذار در ایران به شفافیت موضوع کمک خواهد کرد. هم‌چنین لازم است موضع قانون‌گذار در استفاده از این

نتیجه‌گیری

درمان ناباروری به روش رحم جایگزین از جمله مواردی است که نیازمند خدمات مشاوره‌ای جامع و تخصصی است در این مشاوره‌ها علاوه بر بررسی طبی و روانی که مراکز درمانی موظف به انجام آن می‌باشند، اطلاع‌رسانی به زوجین نابارور و اهداء کننده برای شفاف‌سازی مسائل شرعی و قانونی و پیشگیری از بروز معضلات شرعی، قانونی، روانی ضروری به نظر می‌رسد و این مهم از طریق ارائه راهنماهای آموزشی مرتبط ممکن می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری اعضای محترم مرکز ناباروری میلاد مشهد، به ویژه سرکار خانم دکتر امیریان که در تهیه و تدوین محتوای این مطالب یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

قابل پیگیری در ایران نیز از نقاط قوت مطالعه حاضر بود. وجود مطالعات اندک در زمینه چگونگی انجام مشاوره در ایران از محدودیت‌های این مطالعه بود. در پایان توصیه می‌شود در مشاوره‌های رحم جایگزین علاوه بر مشاوره‌های طبی و روانی حتماً قوانین مدنی و مسائل فقهی از جمله اختلاف نظر علما برای زوجین بیان شود تا فرد بنا بر اعتقادات خود و آگاهی کامل، این روش درمانی را قبول یا رد نماید (۵۲). آنچه مسلم است این است که ورود هرچه بیشتر مراکز ناباروری در زمینه اطلاع‌رسانی از طریق تدوین راهنمای جامع مشتمل بر ابعاد حقوقی فقهی و مشاوره‌ای، تدوین قرارداد، غربالگری و رفع ابهامات قانونی در این زمینه، به فرهنگ‌سازی بهتر و کارایی بالاتر این روش کمک خواهد کرد.

منابع

1. Advisory Committee on Assisted Reproductive Technology. Proposed amendments to guidelines on surrogacy arrangements involving providers of fertility services and guidelines on donation of eggs or sperm between certain family members: consultation document. Wellington, New Zealand: Advisory Committee on Assisted Reproductive Technology; 2012.
2. Rahimi HA. Civil responsibility in surrogacy. J Reprod Infertil 2008; 9(2):165-81. (Persian).
3. Novak E. Berek & Novak & gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
4. Brinsden PR. Gestational surrogacy. Hum Reprod Update 2003; 9(5):483-91.
5. Nurizadeh R. Ethical challenges of surrogacy in Iran. Med Ethic 2009; 3:155-86. (Persian).
6. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
7. Salehi HR. Legal nature of surrogacy contracts. Med Figh Quart 2012; 4-5(13-14):29-55. (Persian).
8. Jorsaraei GA, Sepid Darbon A, Rajabi FZ, Kohi H. Surrogacy from Legal Point of View. Islam Health J 2014; 1(2):7-14. (Persian).
9. Zandi M, Vanaki Z, Shiva M, Mohammadi E. Experiences of commissioning mothers in selection of surrogate mother. Evid Based Care 2012; 2(3):7-21. (Persian).
10. Larijani B, Zahedi F. Ethical considerations of gamete and embryo donation. Iran J Ethic Sci Tech 2007; 1:1-19. (Persian).
11. Pashmi M, Ahmadi SA, Tabatabaie SM. The need for counseling surrogate mothers before practicing surrogacy. J Reprod Infertil 2008; 9(4):361-72. (Persian).
12. Latifnejad Roudsari R, Hadizadeh Talasaz F, Simbar M, Khadem Ghaebi N. Challenges of donor selection: the experiences of Iranian infertile couples undergoing assisted reproductive donation procedures. Iran J Obstet Gyneocol Infertil 2014; 16(88):1-13. (Persian).
13. Asemami O, Imami M. Comparing the Iranian surrogacy law and the gestational surrogacy act of illinois. J Reprod Infertil 2010; 11(4):305-18. (Persian).
14. Rakhshandeh H. Surrogacy woman and women's rights. J Womens Stud 2007; 1(2):61-83. (Persian).
15. Seifi G. Third party rights in surrogate mother contracts. J Reprod Infertil 2008; 9(1):65-81. (Persian).
16. Lotfi A. Esteshab in fiqh and codified law. Law Quart 2011; 15(40):195-69. (Persian).
17. Mahdavi KS, Ahmadvand B, Nourahmadi E. The investigation of juridical and legal of burned babies from Surrogacy Womb. Islam Law Jurisprud Res J 2013; 9(31):181-202. (Persian).

18. Qasemzadeh SM. Surrogacy contracts in Iranian law. *J Reprod Infertil* 2008; 9(2):182-94. (Persian).
19. Nasiri M, Poursmaeili A. Legal challenges surrogacy. *Women Dev Politcs* 2012; 5:66-75. (Persian).
20. Yadollahi Baghlou A, Azin SM, Omani Samani R. Features of surrogacy agreement from ethical and legal perspectives. *Iran J Med Ethics* 2015; 3(1):9-17. (Persian).
21. Asadinejad M, Yadollahi Baghlouee A, Asadinejad M. The examination of conflict between the surrogacy agreement and the provision of woman obedience in Iranian law. *Sci J Forensic Med* 2014; 9(1):233-8. (Persian).
22. Zandi M, Vanaki Z, Shiva M, Mohammadi E, Bagheri-Lankarani N, Karimi M. Legal constraints of using surrogacy. *J Nurs Midwifery Sci* 2014; 1(3):11-23.
23. Hamdollahi A. Poursaeid B. Conventional regulations of surrogate child in relation to succession and maintenance. *Islamic Law Res J* 2011; 10(30):189-243. (Persian).
24. Tabatabaei MS, Jalili M. The analysis of financial and non-financial rights of children who were born by the method of surrogacy. *Iran J Med Law* 2014; 8(30):37-63. (Persian).
25. Safaei SH. Failures of IRI Embryo Donation Act” based on a comparative study. *Payesh* 2007; 6(4):323-9. (Persian).
26. Hosseini V. The Examination rights surrogacy contract. *J Islamic Republic Iran Univ Med Sci* 2011; 1:49-58. (Persian).
27. Jafaritarab H. As loving the child; surrogacy from a jurisprudential perspective. *J Reprod Infertil* 2009; 9(2):115-22. (Persian).
28. Hajji Aziz B, Ghafghazilasl S. Comparative study of the relative status of children born from surrogacy Iran and America Rights. *J Private Law* 2016; 13:62-83. (Persian).
29. Rakhshandeh H, Sadeghi M. Juridical and legal status of the surrogacy. *Quart Womens Stud* 2010; 7(4):115-38. (Persian).
30. Milanifar AR, Akhondi MM, Ardakani ZB, Abdollahzadeh A. Issuing birth certificates and ID cards for newborns following a surrogate birth and the legal and ethical responsibilities of the medical team. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):82-8. (Persian).
31. Larijani B, Zahedi F. Ethical and religious aspects of gamete and embryo donation and legislation in Iran. *J Relig Health* 2007; 46(3):399-408.
32. Abdolghashemi MJ. Cultural critique ethics and culture of ethical critique. *Bioethics J* 2012; 2(3):157-95. (Persian).
33. Almasinajad A, Assaf H, Rejali M. Legal study of the legal relationship between surrogate and with child born of surrogacy. *Islamic Law* 2012; 13(2):27-46. (Persian).
34. Moghadam HN. Jurisprudential laws of relationship regarding infants born via surrogacy. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):14-29. (Persian).
35. Roshan M, Hamdollahi A. Affiliation of the child born via surrogacy. *Islamic Law Res J* 2009; 9(28):127-201. (Persian).
36. Adibimehr M, Mohamadi MJ. The confidentiality of the relationship between the child and the mother. *Islamic Jurisprudence Principles* 2015; 48(1):1-20. (Persian).
37. Zarei-Shaeif V, Naghibi AS. Assessment of children born from surrogacy imam in Shiite Jurisprudence. *Islamic Jurisprudence Principles* 2009; 17(1):40-60. (Persian).
38. Zarei-Shaeif V. Survey of the prohibition and lawfulness theories about surrogacy in Imamites. *J Islamic Jurisprudence Law* 2009; 2(1):59-100. (Persian).
39. Aramesh K. Iran’s experience with surrogate motherhood: an Islamic view and ethical concerns. *J Med Ethics* 2009; 35(5):320-2
40. Aramesh K. Ethical assessment of monetary relationship in surrogacy. *J Reprod Infertil* 2009; 9(1):36-42. (Persian).
41. Asghari F. Ethical issues in surrogate motherhood. *J Reprod Infertil* 2009; 9(1):30-5. (Persian).
42. Yousefi H, Ghahari S. Perspectives and challenges of surrogacy in Iran. *J Reprod Infertil* 2009; 9(2):137-43. (Persian).
43. Kiani M, Bazmi S. Ethical consideration in using surrogacy as a Method for Pregnancy. *J Med Ethics* 2012; 5(15):147-62. (Persian).
44. Rasekh M, Khorshidi M, Amiri F. Posthumous reproduction: review of ethical and legal aspects. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 5(3):47-63. (Persian).
45. Hadizadeh-Talasz F, Latifnejad Roudsari R, Simbar M. Decision for disclosure: the experiences of Iranian infertile couples undergoing assisted reproductive donation procedures. *Hum Fertil* 2015; 18(4):265-75.
46. Ghorbani B, Ardekani ZB. Openness about a Child’s Origins in Surrogacy in Comparison with Adoption & ART. *J Reprod Infertil* 2008; 9(2):130-6. (Persian).

47. Ardekani ZB, Akhondi MM, Yaghmaie F, Milanifar AR. Consultations and health assessments in surrogacy. *J Reprod Infertil* 2008; 9(2):107-14. (Persian).
48. Quintana S, Font R, Sandalinas I, Mañas M. Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. *Med Clin* 2005; 125(11):436.
49. Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, et al. Guidelines for counseling in infertility: outline version. *Hum Reprod* 2001; 16(6):1301-4
50. American Society for Reproductive Medicine. Psychological assessment of gamete donors and recipients. *Fertil Steril* 2004; 77:11-2.
51. Khalaf ZF, Shafiabadi A, Tarahomi M. Psychological aspects of surrogate motherhood. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):43-9. (Persian).
52. Roudsari RL, Allan HT. Women's experiences and preferences in relation to infertility counseling: a multifaith dialogue. *Int J Fertil Steril* 2011; 5(3):158-67.