
بررسی تطبیقی فقهی و حقوقی
قرارداد استفاده از رحم جایگزین

تالیف:
عاصف حمداهی
مکرم محمد روشن
(عضو هیات علمی دانشگاه شهید بهشتی)



مجمع علمی و فرهنگی مجد

www.ketab.ir

سرشناسه : حمدالهی، عاصف، ۱۳۴۵
 عنوان و نام پدیدآور : بررسی تطبیق فقهی و حقوقی: قرارداد استفاده از رحم جایگزین / تألیف عاصف حمدالهی، محمد روشن
 مشخصات نشر : تهران مجد، ۱۳۸۸
 مشخصات ظاهری : ۳۱۲ ص
 شابک : ۹۷۸-۹۶۴-۲۹۵۵-۶۵-۷
 وضعیت فهرست نویسی : فیبا
 موضوع : مادر جانشین (فقه)
 موضوع : مسائل مستحدثه
 شناسه افزوده : روشن، محمد، ۱۳۴۳ -
 شناسه افزوده : احمدزاده، ابوالفضل، ۱۳۵۱ - مصحح
 رده بندی گنجره : ۱۳۸۸ ح ۸ م ۱۶ / BP198/6
 رده بندی دهوی : ۲۹۷/۳۷۹
 رده نامناسی ملی : ۱۸۶۴۳۹۶

بررسی تطبیقی فقهی و حقوقی قرارداد استفاده از رحم جایگزین

عاصف حمدالهی / دکتر محمد روشن

انتشارات مجد

چاپ: ۱۳۹۳ تعداد: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۱۶۰۰ تومان

حق چاپ محقق و منحصراً به «مجد» است.

دفتر مرکزی:

تهران، خیابان ۱۲ فروردین، تقاطع خیابان رحمانی نظری، پلاک ۱۰۸

تلفن و دورنگار: ۶۶۴۹۵۰۳۴ - ۶۶۴۹۵۰۳۳ - ۶۶۴۹۵۰۳۲ - ۶۶۴۹۵۰۳۱

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۹۵۵-۶۵-۷

ISBN: 978-964-2955-65-7

نمایشگاه‌های دائمی آثار حقوقی «مجد»

شعبه فروردین: خیابان ۱۲ فروردین، مقابل تمزیرات، پلاک ۲۸۳، طبقه دوم، تلفن: ۶۶۴۹۰۹۹

شعبه اردیبهشت: خیابان اردیبهشت (میری جاوید)، تقاطع شهدای ژاندارمری، پلاک ۷، تلفن: ۶۶۴۸۶۸۷۱

شعبه یزد: خیابان فرخی یزدی، مجتمع تجاری شقایق، طبقه هم کف - تلفن: ۶۲۶۰۷۰ - ۳۵۱

شعبه مشهد: خیابان دانشگاه، بعد از چهارراه دکتر، بازار کتاب گلستان، پلاک ۲ تلفن: ۸۴۰۵۵۳۷

www.majdlaw.ir

E-mail: majdlaw92@gmail.com

فصلنامه حقوقی مجد با ارائه مقالات اساتید میرز حقوق کشور به طور منظم منتشر می‌شود.

سیستم اشتراک پذیری «مجد»:

ارسال پیامک حاوی نام و نام خانوادگی و شغل (در صورت تمایل) به شماره ۳۰۰۰۸۷۶۷

فهرست مطالب

۱۱	..... مقدمه
	بخش اول:
	موضوع شناسی، وضعیت فقهی حقوقی و ماهیت قرارداد استفاده از رحم جایگزین
۲۹	..... درآمد
۳۰	..... فصل اول - موضوع شناسی قرارداد استفاده از رحم جایگزین
۳۰	..... مبحث اول - مفهوم استفاده از رحم جایگزین
۳۲	..... مبحث دوم - اشکال مختلف استفاده از رحم جایگزین
۳۲	..... گفتار اول - جانشینی در بارداری
۳۳	..... گفتار دوم - جانشینی جنینی رحم
۳۵	..... گفتار سوم - جانشینی با استفاده از تخمک یا جنین اهدایی
۳۵	..... الف - مادر جانشینی - استفاده از جنین اهدایی
۳۵	..... ب - جانشینی با استفاده از تخمک اهدایی
۳۶	..... مبحث سوم - دلایل استفاده از رحم جایگزین
۳۶	..... گفتار اول - ناباروری
۳۸	..... گفتار دوم - وضعیت سلامتی زن
۳۸	..... گفتار سوم - انتقال بیماری ژنتیکی
۳۹	..... گفتار چهارم - دلایل اجتماعی
۴۰	..... فصل دوم - مشروعیت یا عدم مشروعیت استفاده از رحم جایگزین
۴۲	..... مبحث اول - حکم جانشینی در بارداری
۴۳	..... گفتار اول - دسترسی به سلول‌های جنسی
۴۳	..... الف - نمونه‌گیری
۴۳	..... ۱ - نمونه‌گیری از مردان
۴۴	..... ۲ - نمونه‌گیری از زنان
۴۴	..... ب - لمس یا مشاهده اندام‌های جنسی
۴۵	..... ۱ - معیارهای فقهی جواز انجام این کار
۴۷	..... ۲ - اعتبار مماثل بودن پزشک و بیمار
۴۸	..... ۳ - بررسی مسأله در درمان ناباروری
۵۱	..... گفتار دوم - باروری پزشکی

۶ □ قرارداد استفاده از رحم جایگزین

- ۵۳ گفتار سوم - بارداری برای دیگری
- ۵۴ الف - حقوق موضوعه داخلی و دیدگاه حقوق دانان
- ۵۷ ۱ - قانون
- ۵۹ ۲ - نظم عمومی
- ۵۹ ۱ - ۲ - مسأله نظم عمومی در حقوق در یک نگاه کلی
- ۵۹ ۱ - ۱ - ۲ - تعریف نظم عمومی
- ۶۲ ۲ - ۱ - ۲ - قلمرو نظم عمومی
- ۶۴ ۳ - ۱ - ۲ - نسبت نظم عمومی
- ۶۵ الف - از لحاظ مکانی
- ۶۵ - از لحاظ زمانی
- ۶۵ ۱ - ۲ - منابع نظم عمومی
- ۶۶ ب - تابع مدون نظم عمومی
- ۶۶ ۱ - قانون
- ۶۶ ۱ - قواعد اساسنامه‌های بین‌المللی
- ۶۶ ب - منابع غیر مدون نظم عمومی
- ۶۶ ۱ - اخلاق
- ۶۷ ۲ - رویه قضایی
- ۶۷ ۳ - عرف و عادت و سیاسات عمومی جامعه
- ۶۸ ۵ - ۱ - ۲ - مبنای نظم عمومی
- ۷۰ ۲ - ۲ - بررسی مخالفت قرارداد استفاده از رحم جایگزین با نظم عمومی
- ۷۰ ۱ - ۲ - ۲ - بررسی مخالفت قرارداد با نظم عمومی بر اساس مبانی نظم عمومی
- ۷۰ ۲ - ۲ - ۲ - بررسی مخالفت قرارداد با نظم عمومی از منظر شرایط اساسی صحت قراردادها
- ۷۱ ۳ - اخلاق حسنه
- ۷۶ ۱ - ۳ - رابطه اخلاق حسنه با نظم عمومی
- ۷۹ ۲ - ۳ - معیار تمییز اخلاق حسنه
- ۷۹ ۳ - ۳ - مغایرت یا عدم مغایرت قرارداد استفاده از رحم جایگزین با اخلاق حسنه فعلی ایران
- ۸۲ ب - منابع فقهی و آرای فقها
- ۸۴ ۱ - ۱ - فتاوی فقها
- ۸۷ ۲ - ۱ - ادله قابل استناد و نقد و بررسی آنها

فهرست مطالب □ ۷

۸۷	۱-۲-۱- آیات
۹۲	۱-۲-۲- روایات مربوط به حرمت باروری زن با نطفه مرد بیگانه
۹۴	۱-۲-۲-۱- بیان دلالت احادیث
۹۵	۱-۲-۲-۲- نقد و بررسی ایرادات
۹۹	۱-۲-۲-۳- بررسی روایات درباره استفاده از رحم جایگزین
۱۰۲	۱-۲-۳- روایات مربوط به احتیاط در امر فرج
۱۱۱	۱-۲-۴- مغایرت این عمل با اغراض تشریح ازدواج
۱۱۳	بحث دوم - حکم جانیشینی سنتی رحم
۱۱۳	بحث سوم - حکم جانیشینی با استفاده از تخمک یا جنین اهدایی
۱۱۶	بحث چهارم - مآلعه تطبیقی استفاده از رحم جایگزین در حقوق فرانسه
۱۲۰	گفتار اول - اهدای گامت
۱۲۳	گفتار دوم - اهدای و انتقال جنین
۱۲۴	گفتار سوم - بررسی تطبیقی قانون فرانسه و قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور
۱۳۰	فصل سوم - ماهیت قرارداد استفاده از رحم جایگزین
۱۴۱	مبحث اول - ماهیت قرارداد استفاده از رحم جایگزین به اعتبار شرایط انعقاد
۱۴۲	گفتار اول - قرارداد استفاده از رحم جایگزین در ماده ۱۰ قانون مدنی
۱۴۴	گفتار دوم - مقایسه قرارداد با عقد
۱۴۸	گفتار سوم - مقایسه قرارداد با عقد
۱۴۸	گفتار چهارم - مقایسه قرارداد با عقد و دیه
۱۴۹	گفتار پنجم - رضایی یا تشریفاتی بودن عقد
۱۵۰	مبحث دوم - ماهیت قرارداد استفاده از رحم جایگزین به منظور باروری و هدف اقتصادی
۱۵۱	گفتار اول - معوض یا مجانی بودن قرارداد استفاده از رحم جایگزین
۱۵۳	گفتار دوم - مسامحی یا معاملی بودن قرارداد

بخش دوم: احکام وضعی طفل متولد از رحم جایگزین

۱۵۷	درآمد
۱۵۹	فصل اول - احکام مربوط به رابطه طبیعی بین دو انسان
۱۵۹	مبحث اول - نسب
۱۵۹	گفتار اول - ماهیت نسب
۱۶۰	الف - مفهوم نسب
۱۶۵	ب - چگونگی انتساب طفل به والدین

- ۱۶۵ ۱ - چگونگی انتساب طفل به پدر
- ۱۶۷ ۲ - چگونگی انتساب طفل به مادر
- ۱۶۷ ۱ - ۲ - ولادت، ملاک انتساب طفل به مادر است
- ۱۷۰ ۲ - ۲ - دارنده دو عامل ولادت و تکوّن با هم مادر است
- ۱۷۲ ۳ - ۲ - تکوّن، ملاک انتساب طفل به مادر است
- ۱۷۴ ۴ - ۲ - نظر برگزیده
- ۱۸۰ نتیجه:
- ۱۸۰ ج - شرایط قانون‌گذار اسلام در پذیرش مفهوم عرفی نسب
- ۱۸۲ ۱ - دلیل تصرّف قانون‌گذار در مفهوم عرفی نسب
- ۱۸۲ ۱ - بیان تشخیص نسب مشروع
- ۱۸۶ نتیجه:
- ۱۸۶ ۱ - عدم تلازم بین نامشروع بودن طفل و تحقق نسب
- ۱۹۳ گفتار در رابطه با استفاده از رحم جایگزین
- ۱۹۳ الف - تحقق نسب در حالت استفاده از رحم جایگزین
- ۱۹۸ ب - وضعیت نسب طفل زوجه از رحم جایگزین
- ۱۹۸ ۱ - نسب مادری
- ۱۹۸ ۱ - ۱ - حالت جانشینی در پدرداری
- ۱۹۸ ۱ - ۱ - ۱ - رابطه طفل با صاحب تخمک
- ۱۹۹ ۲ - ۱ - ۱ - رابطه طفل با صاحب رحم
- ۲۰۴ ۳ - ۱ - ۱ - نشر حرمت ناشی از رابطه مادر جانشین
- ۲۰۵ ۴ - ۱ - ۱ - فروعات مسأله قرابت مادر جانشینی در رابطه با قانون مدنی
- ۲۰۶ ۲ - ۱ - حالت جانشینی سنتی رحم
- ۲۰۷ ۳ - ۱ - حالت مادر جانشینی با استفاده از تخمک / جانشینی اهدایی
- ۲۰۷ الف - حالت مادر جانشینی با استفاده از تخمک اهدایی
- ۲۰۷ ب - حالت مادر جانشینی با استفاده از جنین اهدایی
- ۲۱۰ ۱ - فرزندخواندگی
- ۲۱۴ ۲ - نسب پدری
- ۲۱۴ ۱ - ۲ - اثبات نسب پدری
- ۲۱۵ ۱ - ۱ - ۲ - اماره فراش
- ۲۲۲ ۲ - ۱ - ۲ - سایر ادله
- ۲۲۳ ۲ - ۲ - نسب پدری در حالت استفاده از رحم جایگزین

فهرست مطالب □ ۹

۲۲۵	۱-۲-۲- حالت جانشینی در بارداری
۲۲۵	۱-۱-۲-۲- حالت تجزیه مادر جانشین در هنگام تولد طفل
۲۲۸	۲-۱-۲-۲- حالت تأهل مادر جانشین در هنگام تولد طفل
۲۳۰	۲-۲-۲- حالت جانشینی سنتی رحم
۲۳۰	۳-۲-۲- حالت مادر جانشینی با استفاده از تخمک / جنین اهدایی
۲۳۱	ج- وضعیت نسب طفل متولد از رحم جایگزین در حقوق فرانسه
۲۳۱	۱- حالت جانشینی در بارداری
۲۳۱	۱-۱- نسب مادری
۲۳۱	۲-۱- نسب پدری
۲۳۵	۲- حالت جانشینی سنتی رحم
۲۳۶	۳- حالت مادر جانشینی با تخمک / جنین اهدایی
۲۳۹	مبحث دوم- توارث
۲۴۱	گفتار اول- وضعیت ناشی از لقاح بعد از فوت زوج یا زوجین
۲۴۲	۱- حقوق مربوط به شخصیت
۲۴۳	۲- ریشه سنتی و عطری توارث
۲۴۴	۳- شرایط تحقق ارث
۲۵۰	گفتار دوم- وضعیت ارث جنین پدید آمده
۲۵۶	گفتار سوم- توارث در حالت استفاده از رحم جایگزین
۲۵۶	الف- حالت جانشینی در بارداری
۲۵۷	ب- جانشینی سنتی رحم
	گفتار چهارم- فروعات مربوط به توارث در حالت استفاده از رحم جایگزین
۲۵۸	در قانون مدنی
۲۶۰	فصل دوم- احکام ناظر به استیفای حقوق کودک
۲۶۰	مبحث اول- حضانت
۲۶۰	گفتار اول- مفهوم حضانت
۲۶۱	الف- مفهوم لغوی
۲۶۱	ب- مفهوم اصطلاحی
۲۶۲	ج- ماهیت حقوقی حضانت
۲۶۳	گفتار دوم- افراد واجد حضانت
۲۶۴	الف- والدین
۲۶۴	۱- حضانت طفل در زمان زوجیت

۱۰ □ قرارداد استفاده از رحم جایگزین

۲۶۸	۲ - حضانت طفل در بعد از انحلال نکاح یا هنگام جدائی والدین
۲۶۸	ب - طبقات دارندگان حضانت
۲۷۰	گفتار سوم - افراد واجد حضانت طفل متولد از رحم جایگزین
۲۷۱	الف - حالت تجرد مادر جانشین در هنگام تولد طفل
۲۷۱	۱ - حالت جانشینی در بارداری
۲۷۳	۲ - حالت جانشینی سستی رحم
۲۷۴	ب - حالت تأهل مادر جانشین در هنگام تولد طفل
۲۷۵	۱ - جانشینی در بارداری
۲۷۶	۲ - حالت جانشینی سستی رحم
۲۷۶	مسئله اول - ولایت قهری
۲۷۶	گفتار اول - تعریف
۲۷۸	گفتار دوم - ادب قهری و وظایف آنها
۲۸۲	مبحث سوم - احوال به
۲۸۳	گفتار اول - نفقه زن متولد از رحم جایگزین
	گفتار دوم - نفقه جنین ناکام شده در رحم جایگزین و جوب انفاق زن حامله
۲۸۵	در طلاق رجعی و بی
۲۸۸	الف - نفقه متعلق به حامله
۲۸۹	ب - نفقه متعلق به جنین است
۲۹۳	نتیجه گیری
۳۰۰	منابع

مقدمه

پیوند دو جنس مخالف که از آن به «ازدواج» یاد می‌کنیم کارکردهای متفاوتی دارد که از جمله آن‌ها استمرار و بقای نسل است.

تولید نسل و داشتن فرزند چنان اهمیتی دارد که خدای تعالی در قرآن کریم، آن را ستوده و درباره آن می‌فرماید: «والله جعل لکم من أنفسکم أزواجاً وجعل لکم من أزواجکم بنین و بناتاً» خداوند از جنس خودتان برای شما همسرانی قرار داد و از همسرانتان فرزندان و نوه‌هایی به وجود آورد؛ (نحل، آیه ۷۲).

قرآن کریم - همچنین - توجه به این کارکرد ازدواج، زنان و مردان را از نظر تولیدمثل به چهار گروه تقسیم می‌کند: (۱) کسانی که تنها فرزند پسر دارند، (۲) کسانی که تنها فرزند دختر دارند، (۳) کسانی که هم فرزند پسر و هم فرزند دختر دارند و (۴) کسانی که نازا هستند؛ «الله مَن مَن سَمَاتٍ بِأَرْضٍ یَخْلُقُ مَا یَشَاءُ إِنَّا وَ یَهَبُ لِمَن یَشَاءُ الذَّکُورَ أَوْ یُزَوجَهُم ذُکْرَانًا وَ إِنَّا وَ یَهَبُ لِمَن یَشَاءُ عَقِیمًا إِنَّهُ عَلِیمٌ قَدِیرٌ» (شوری، آیه ۴۸).

«فرمانروایی آسمان‌ها و زمین از آن خداست که هر چه بخواهد می‌آفریند، به هر کس بخواهد دختر و به هر کس بخواهد پسر می‌دهد و زمین‌ها را پسر و دختر می‌دهد و هر که را بخواهد عقیم می‌سازد، اوست دانای توانا».

تمایل به بقای نسل، هرچند یک نیاز غیرجسمانی است، ولی در واقع به تحقق چنین امری وابسته به وجود اسپرم و تخمکی است که با داشتن قابلیت باروری، در فرایند لقاح، سلول تخم را تشکیل داده، زمینه تقسیمات سلولی را در آن فراهم می‌آورند، لذا طبیعی است که اگر هر یک از زن و مرد یا هر دوی آن‌ها از چنین سلامتی برخوردار نباشند، تولید انسانی با ویژگی‌های خود را نخواهند داشت، هرچند در آن‌ها تمایل روحی - روانی برای این امر همچنان باقی است. تا حدی که دست نیافتن به این خواسته، موجبات گسست خانوادگی را به دنبال خواهد داشت.

برای از بین بردن این مشکل، دوره حل ذیل از دیرباز مورد توجه اندیشمندان بوده:

۱- بالا بردن آستانه تحمل زن و شوهر

۲- پذیرش فرزندخواندگی

هرچند این دوره حل گذشته اکنون نیز کم و بیش از سوی زن و شوهرهایی که قدرت ناباروری ندارند به کارگرفته می شود، اما هیچ گاه نتوانستند مشکلات روانی و گاه جسمانی ناباروری را حل نمایند. ناکارآمدی دوره گذشته و تلاش برای درمان این بیماری، صرف نظر از مشکلات فردی یا اجتماعی آن، دانش پزشکی را به چاره جویی و اداهت تا زمینه باروری را به عنوان راه حل سوم فراهم آورد.

برمان یافتن ی پزشکی، لقاح و به دنبال آن حاملگی طبیعی، در صورت حضور پنج مرحله ذیل امکان پذیر است^۱

- یک یا چند تخمک سالم و بالغ در زمان مناسب و در ارتباط با محیط هورمونی مناسب آزاد و رسیده شود.

- اسپرم سالم، قوی، فعال، با در داخل یا نزدیک رحم زن و در حوالی زمان تخمک گذاری وجود داشته باشد.

- محیط فیزیکی و شیمیایی لازم برای عبور اسپرم و قابلیت بخشیدن به اسپرم در ناحیه تناسلی زن فراهم گردد.

- لوله های رحمی (فالوب) سالم و باز، توانایی لازم را برای عبور مناسب اسپرم و تخمک فراهم آورد.

- رحم سالم و بدون نقص (بدون تومورهای فیبروئیس پولیپ، رحم دو شاخه و همچنین وجود لایه آندومتر یوم با ضخامت کافی و سالم برای تکثیر مناسب و لانه گزینی جنین ضروری است.

بر این اساس، اختلال در هر یک از این شرایط می تواند زمینه ناباروری (infertility)، عدم وقوع حاملگی در طی یک سال انجام مقاربت بدون استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری یا عقیمی (sterility)، عدم امکان حاملگی هر یک از مرد و زن یا

۱. معصومه فلاحیان، بیماری های زن و ناباروری، تهران: انتشارات سنجش، چاپ اول، (۱۳۸۱)، ص ۱۸۸.

هر دوی آن‌ها را فراهم سازد.^۱

درمان ناباروری از دیرباز مورد توجه پژوهشگران و متخصصان علوم پزشکی بوده، بدین منظور بسته به نوع و میزان پیشرفت بیماری، چند راه حل به بوته آزمایش گذاشته شده است که می‌توان آن‌ها را به سه گروه کلی تقسیم کرد: (۱) درمان دارویی (۲) درمان جراحی (۳) درمان کمکی تولیدمثل.

صرف نظر از دوروش اول و دوم، که نتوانستند تأثیر به‌سزایی بر بهبود ناباروری داشته باشند، روش سوم اهمیت بیشتری دارد.

۱) ریخچه درمان ناباروری

نازایی برای ادیان و فرهنگ‌های مختلف بزرگی محسوب می‌شده است. درخواست برای درمان در این و خلاصی از این وضعیت از زمان حضرت ابراهیم و سارا از کتاب مقدس شروع می‌شود. شروع درمان نازایی را می‌توان به زمان بربرها نسبت داد. آن‌ها در جنگ بعد از جنگ دشمندان خود عصاره‌هایی از بیضه‌های آن‌ها تهیه می‌کردند و به مردان عقیم می‌خوردند و عقیده داشتند این کار سبب افزایش قدرت باروری در فرد خواهد شد. شاید این عمل شروعی برای کشف ارتباط نازایی با عوامل هورمونی باشد.

در اواخر قرن هیجدهم و اوایل قرن نوزدهم بود که مشکلات فیزیکی خاص دستگاه تناسلی به نازایی ربط داده شد. در اوایل قرن نوزدهم (J. Burns) در کتاب اصول مامایی^۲ عنوان کرد که بسته بودن لوله‌های فالوپ، عاملی است که سبب نازایی می‌شود. به دنبال آن در سال ۱۹۴۹ در انگلیس (Smith) مادرت به عبور دادن استخوان آرواره نهنگی که در میان میله‌ای از جنس فلز قرار داشت از لوله فالوپ کرد و این روش را برای باز کردن لوله‌های فالوپ بسته پیشنهاد نمود. این عمل مقدمه‌ای برای کشف روش لاپاراسکوپی در سال ۱۹۶۵ توسط (Step) بود. تحقیقات در درمان نازایی مداوم بوده است. یکی از عوامل مهمی که در این زمینه بسیار کمک کرد ساخت داروهای مختلفی بود که تخمک‌گذاری را در زنان افزایش

۱. معصومه فلاحیان، همان، ص ۱۸۷.

می داد و در سال ۱۹۶۴ (Taymor) و (Sturgis) گزارش های متعددی از تحقیقات خود در مورد تحریک بالای تخمدان به وسیله هورمون های محرک فولیکولی (LH)^۱ و (FSH)^۲ و افزایش اوولاسیون توسط این دو هورمون به چاپ رساندند. به دنبال تمام این پیشرفت ها، توسعه تکنولوژی در قرن بیستم هم کمک بزرگی به تحقیقات در این زمینه نمود و همه دست به دست هم دادند تا انسان ها به بزرگترین موفقیت این قرن برای درمان نازایی یعنی (IVF)^۳ دست یابند.

در سال ۱۹۳۰ بود که (Georgul Pincus) اولین مقاله تحقیقاتی خود را در زمینه لقاح مصنوعی خرگوش منتشر کرد و در سال ۱۹۳۴ با کمک (Enzmann) گزارش کرد که در نتیجه مجاورت اسپرم و تخمک در آزمایشگاه و سپس انتقال آن ها به داخل فالوپ انتشار دادند که خرگوش متولد شده دارای خصوصیات ژنتیکی مادر اصلی بود که به باهتی به مادری که از آن زاده شده است، ندارد.

در حقیقت باروری در داخل لوله فالوپ مادر اتفاق افتاده بود و امروزه این روش تحت عنوان انتقال کامشمانه داخل لوله فالوپ (GIFT) مطرح است.

در سال ۱۹۵۹ (Charl Thibault) نشان داد که تنها پس از مشاهده پیش هسته و خروج جسم قطبی دوم می توان در مورد لقاح اظهار نظر کرد. سپس (Robert Edwards) موفق به انجام لقاح مصنوعی در موش گردید. در سال ۱۹۶۵ در مورد انسان به این نتیجه رسید که باید در مرحله مختلف در (IVF) اسپرم های مستعد باروری^۴ استفاده کند.

در سال ۱۹۶۹، (Edwards) اعلام نمود که از ۶۵ تخمک برداشته شده (در خارج از رحم) ۱۸ تخمک در عملیات لقاح شرکت کرده و ۱۱ تا تخمک لقاح یافته ۳۱ ساعت زنده ماندند و ۷ تای دیگر زندگی کوتاهی داشته اند.

در سال ۱۹۷۱ همین دانشمند و همکارش (Stepito) به موفقیت مهم دیگری دست یافتند و توانستند جنین به وجود آمده را سه یا چهار روز زنده نگهدارند. این زمان برای انتقال جنین به رحم دیگری کافی بود؛ ولی هنوز معضل دیگری وجود داشت

1. Luteinising Hormone (LH)

2. Follicle Stimulizing Hormone (FSH)

3. In Vitro Fertilization

4. capaciated

که آیا رحم این جنین را خواهد پذیرفت یا نه؟

هفت سال این دو دانشمند به پژوهش خود ادامه دادند و عملیات خود را روی ۳۵۰ زن تکرار کردند و هر بار با شکل جدیدی از لقاح اسپرم یا تخمک روبه رو شدند. نتیجه همکاری آن‌ها نائل شدن به موفقیتی بزرگ، یعنی تولد (Louise Brown) در سال ۱۹۷۸ در شهر کوچک در شمال غربی انگلستان بود. و توسط این دو دانشمند اولین کودک آزمایشگاهی که مرحله لقاح او در لوله آزمایشگاهی انجام گرفته بود به دنیا آمد.

در سال ۱۹۷۹ این دانشمندان در لندن گزارش اولین مورد حاملگی و تولد طبیعی به دنیا آمدن مصطنعی و انتقال جنین^۱ را دادند. در این گزارش‌ها نقل شده بود که بارداری‌ها پس از انتقال جنین در طول چرخه‌های طبیعی قاعدگی بوده است و مبادرت در انتقال جنین در طول چرخه‌های تحریک شده باعث سقط در بارداری می‌شود.

(Edwards) در گردهمایی لندن این نظریه را بیان کرد که انتقال جنین در طول فاز جسم زرد تخمدان طبیعی در طول باردگی یکی از مهم‌ترین عوامل موفقیت در لانه‌گزینی جنین بوده است.

در ایران در سال ۱۳۶۷ مرکز درمان ناباروری در دانشگاه علوم پزشکی یزد با همکاری مرکز (ART) دانشگاه (USHCL) آلمانی برای اولین بار راه اندازی شد و پس از آن مؤسسات درمانی - تحقیقاتی متعدد در مراکز دولتی و خصوصی راه اندازی شد و هم اکنون مشغول فعالیت و ارائه خدمات هستند.

با توجه به امکاناتی که در مراکز فوق تخصصی فراهم شده است این کاملاً از نظر درمان ناباروری مجهز و تواناست و تمامی روش‌های لقاح خارج کشور در کشور قابل اجرا می‌باشد و پیشرفت‌هایی که در درمان ناباروری حاصل شده به شیعۀ بودن ایرانیان و موافقت علمای شیعه با درمان‌های نوین باروری و با توجه به اینکه هزینه درمان در ایران نیز نسبت به سایر کشورها ارزان‌تر است، به قطب این‌گونه درمان‌ها در خاورمیانه مبدل شده است.

طرح استفاده از رحم زن (رحم اجاره ای) یکی از راه‌حل‌هایی است که در سال ۱۳۸۰ توسط برخی از کلینیک‌های باروری و ناباروری در ایران به اجرا درآمده است. در این روش، زنانی که مشکل نگهداری جنین در رحم دارند، می‌توانند از رحم زن دیگری به عنوان محلی مناسب برای رشد جنین خود استفاده نمایند و زن صاحب رحم، فردی است که نه ماه تمام در وجود خود از کودکی نگهداری می‌کند که فرزند خودش نیست.

اگرچه زوج‌های نابارور از این طرح استقبال کردند و حاضر بودند که با پرداخت هزینه مورد نظر، زنی را اجاره کنند اما مشکل اینجاست که زنان خیلی کمی در مطب‌ها حاضر می‌شوند. به نظر پزشکان، علت اصلی عدم پذیرش این موضوعی فرهنگی و مشکلاتی است که این موضوع برای زن صاحب رحم دارد؛ این مشکلات تغییر شکل ظاهری زن اجاره‌ای است، به طوری که یکی از مسئولان این مرکز می‌گوید: «زنانی که شوهر دارند بابت اجاره رحم خود با مشکل خاصی روبه‌رو نیستند اما وقتی زنان بدون همسر قصد اجاره رحم داشته باشند باید به بسیاری از محدودیت‌ها در ذهن مردم جامعه پاسخ دهند».

۲) روش‌های نوین باروری^۱

تلقیح اسپرم به داخل رحم (IUI)^۲: در این روش، مایع انزال با روش‌های مختلف از شوهر گرفته می‌شود و پس از شستشو و جداسازی اسپرم‌های زنده به وسیله کاتتر و به طور مصنوعی همزمان با تخمک‌گذاری به رسا یا بی‌شکی وارد حفره رحم می‌گردد تا در رحم زن، لقاح انجام و جنین تشکیل شود. در مراحل رشد خود را در رحم طی کند. این نوع از تولیدمثل مصنوعی که قدیمی‌تر است «تلقیح مصنوعی» نام دارد که از اواخر قرن هجدهم معمول شده است. این گونه در ابتدا به «تلقیح

۱. برای آگاهی بیشتر از انواع روش‌های نوین باروری رجوع شود به: معرفت غفاری، روش‌های پیشرفته در درمان ناباروری، روش‌های نوین تولیدمثل انسانی از دیدگاه فقه و حقوق، تهران: سمت و پژوهشکده ابن‌سینا، ۱۳۸۰، ص ۷ به بعد؛ محمد مهدی آخوندی، آشنایی با لقاح خارج رحمی و ضرورت استفاده از گامت جایگزین در درمان ناباروری، اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری، تهران: سمت و پژوهشکده ابن‌سینا، ۱۳۸۴، ص ۲۲ به بعد.

اسپرم به داخل رحم» (IUI) معروف است که ممکن است با استفاده از اسپرم همسر یا اسپرم شخص دیگری باشد. (A.I.H)^۱ در مواردی که مرد به آزواسپرمی (فقدان کامل اسپرم) مبتلاست یا خطر انتقال بیماری‌های ارثی از مرد به نوزاد وجود دارد، استفاده از اسپرم غیرهمسر روش درمانی دیگری است که می‌توان از آن استفاده کرد (A.I.D)^۲.

لقاح خارج رحمی (IVF)^۳: لقاح خارج رحمی روشی است که یک محیط مصنوعی، لوله‌ها، فالوپ را که در آن لقاح انجام می‌گیرد، به وجود می‌آورد و تقسیمات سلولی در این محیط تا مرحله‌ای که جنین به رحم منتقل می‌شود، ادامه می‌یابد. در این روش باروری، تلقیح اسپرم و تخمک در محیط آزمایشگاه و انتقال جنین در مرحله ۴ تا ۸ سلولی به حفره رحم است. در این شیوه درمان، ابتدا با تجویز داروهای محرک تخم‌گذاری، تخمدان‌ها را فعال می‌کنند و از روز هشتم درمان آغاز می‌شود. ۶ الی ۱۲ ساعت پس از به دست آوردن تخمک‌ها، مایع انزال شده از مرد با روش‌های مختلف شستشو و اسپرم‌های سالم و بسیار فعال جدا می‌شوند.

اسپرم‌ها و تخمک‌ها را به مدت ۱ ساعت در مجاورت یکدیگر قرار می‌دهند و دمای محیط کشت باید ۳۷ درجه سانتی‌گراد باشد. صبح روز بعد در صورت لقاح، جنین‌های شکل گرفته را به مدت ۲۴ ساعت در محلول انکوباتور (CO₂) نگه می‌دارند تا به مرحله ۴ تا ۸ سلولی برسد. ۲ تا ۴ جنین را در رحم گذاشته می‌شود و بقیه آن‌ها با استفاده از روش ذخیره جنین به وسیله منجمد کردن اقدام می‌شود، تا به هنگام نیاز در دوره درمانی بعدی مورد استفاده قرار گیرد. تولد (Louise Brown)، اولین نوزاد با استفاده از این روش در سال ۱۹۷۸ به وسیله، (Stepito)، (Edwards) گزارش شده است.

این روش مانند روش (IUI) روش ساده‌ای است و بدون نیاز به بستری کردن بیمار انجام می‌شود و مراحل ذیل را دربر می‌گیرد.

۱. تحریک تخمک‌گذاری ۲. جمع‌آوری تخمک‌ها ۳. تهیه و آماده‌سازی اسپرم

1. Artificial Insemination with Husband Semen
2. Artificial Insemination with a Donor semen
3. In Vitro Fertilization