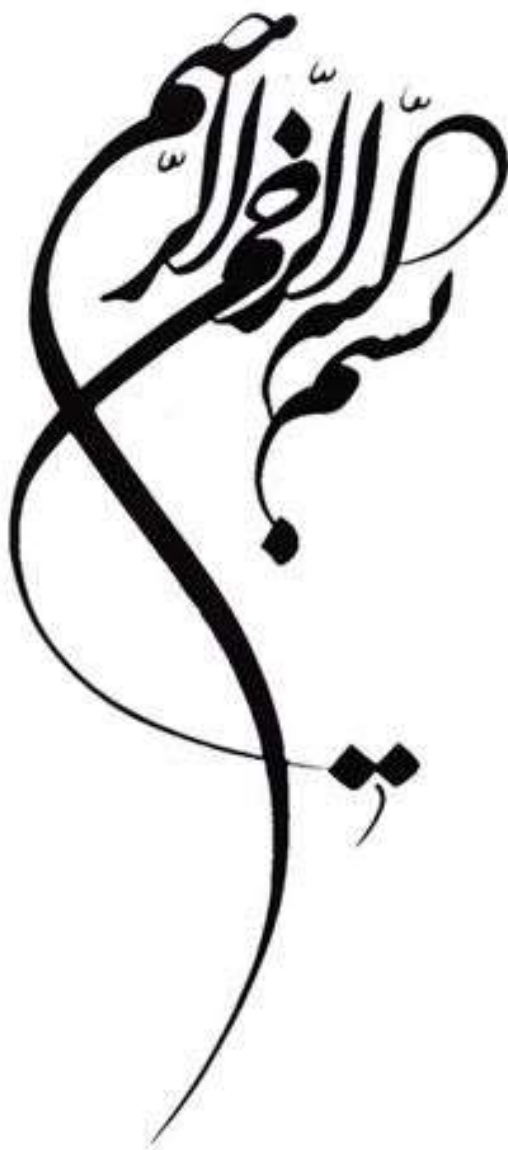






دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی
دانشکده ادبیات و علوم انسانی
گروه حقوق و الهیات
گرایش فقه و مبانی حقوق

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته حقوق و الهیات گرایش فقه و مبانی حقوق

**بررسی چالش‌های فقهی، حقوقی و اخلاقی اهداء گامت و باروری مصنوعی و
حق باروری زوجین**

استاد راهنما

دکتر محمد مهدی احمدی فراز

استاد مشاور

دکتر محمدرضا شادمان فر

صفرعلی رئیسیگهروئی

شهریورماه ۱۴۰۰

کلیه حقوق مادی و معنوی مترتب بر دستاوردهای مطالعات، ابتکارات و نوآوری‌های ناشی از پژوهش موضوع این پایان نامه متعلق به دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی است. دانشجو موظف به رعایت آیین نامه و منشور اخلاق در پژوهش برای ارائه و یا چاپ مطالب مستخرج از پایان نامه می‌باشد.



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی

دانشکده حقوق و الهیات

گروه فقه و حقوق

تأییدیه‌ی اعضای هیأت داوران حاضر در جلسه‌ی دفاع از پایان‌نامه کارشناسی ارشد

اعضای هیأت داوران نسخه‌ی نهایی پایان‌نامه‌ی آقای صفرعلی رئیسی گهرونی را تحت عنوان بررسی چالش‌های فقهی، حقوقی و اخلاقی اهداء گامت و باروری مصنوعی و حق باروری زوجین در رشته فقه و مبانی حقوق از نظر قرم و محتوا بررسی نموده و پذیرش آن را با درجه عالی برای تکمیل درجه‌ی کارشناسی ارشد پیشنهاد می‌کنند.

اعضای هیأت داوران	نام و نام خانوادگی	رتبه علمی	امضاء
۱- استاد راهنما	محمد مهدی احمدی فراز	استادیار	
۲- استاد مشاور	محمد رضا شادمان فر	استادیار	
۳- استاد داور	ابراهیم ترابی	مربی	
۴- استاد داور	احسان صافیان	مربی	
۵- مدیر گروه	محمد رضا شادمان فر	استادیار	

سپاس گزاری :

سپاس بی کران پروردگار یکتا را که هستی مان بخشید و به طریق علم و دانش رهنمونمان شد بدین وسیله از زحمات تلاش بیدریغ اساتید محترم دکتر محمد مهدی احمدی فراز و دکتر محمدرضا شادمان فر و خانواده عزیزم صمیمانه سپاسگذاری می نمایم و همچنین از سایر بزرگوارانی که در تدوین این پایان نامه با این جانب همکاری داشته اند تشکر نموده و موفقیت همه آنها را از خداوند متعال خواستارم.

تقدیم :

تقدیم به شهدای علم و دانش

بخصوص تقدیم به روح بلند معلم و استاد اندیشمند جهان اسلام

علامه شهید مرتضی مطهری

چکیده:

به کارگیری روش های جدید پزشکی گرچه به لحاظ توسعه و تحول این رشته از معارف بشری چشم گیر و خیره کننده است اما در عرصه های مختلف اخلاقی، فقهی و حقوقی موجب بروز پرسش ها و بعضا مشکلاتی شده است که پاسخ به آنها نیازمند تاملی جدی و تحقیقی گسترده و همه جانبه است. تشتت آرای فقها، حرمت برخی از طرق جدید بارداری مصنوعی همچون استفاده از اسپرم بیگانه از منظر اکثر فقها و جواز استفاده از منظر برخی دیگر، و یا استفاده از تخمک بیگانه و نیز پرورش در رحم ثالث از موضوعاتی است که مستمسک آرای متعارض از سوی فقها و حقوقدانان گردیده است. هدف اصلی پژوهش بررسی چالشهای فقه، حقوقی و اخلاقی اهداء گامت و باروری مصنوعی و حق باروری زوجین است. نتایج پژوهش بیانگر آن است که، نه میتوان انسان را به طور کلی آزاد گذاشت و به او اجازه داد که با هر بهانه ای موازین اخلاقی را زیر پا نهاده و با استفاده از هر روشی بدون هیچ گونه محدودیت و هرگونه تعلق شرعی، اخلاقی و قانونی صاحب فرزند گردد و نه میتوان تمایل شخصی انسان را برای داشتن فرزند و استفاده از روشهای نوین علم پزشکی نادیده گرفت. روش تحقیق در این پژوهش توصیفی تحلیلی همراه با استفاده از منابع کتابخانه ای و اینترنتی می باشد.

کلید واژگان:

گامت، باروری مصنوعی، فقه، حقوق، اخلاق

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول: کلیات	
۱-۱- بیان مسئله	۱
۲-۱- پیشینه پژوهش	۲
۳-۱- ضرورت پژوهش	۵
۴-۱- اهداف پژوهش	۶
۵-۱- سوالهای پژوهش	۶
۶-۱- فرضیات پژوهش	۶
۷-۱- روش پژوهش	۷
۱-۷-۱- نوع مطالعه	۷
۲-۷-۱- ابزار گردآوری دادهها	۷
۳-۷-۱- ابزار تجزیه و تحلیل	۷
۸-۱- مفاهیم	۷
۱-۸-۱- گامت	۷
۲-۸-۱- باروری مصنوعی	۷
۳-۸-۱- فقه	۸
۴-۸-۱- حقوق	۸
۵-۸-۱- اخلاق	۸

فصل دوم: مبانی نظری مفاهیم

۱-۲- مقدمه	۹
۲-۲- ناباروری و درمان آن	۱۰
۳-۲- دستگاه تولید مثل زن	۱۳
۴-۲- دستگاه تولید مثل مرد	۱۵
۵-۲- لقاح طبیعی	۱۶
۶-۲- علل ناباروری زنان	۱۸
۷-۲- علل ناباروری مردان	۲۰
۸-۲- لقاح خارج رحمی	۲۱

فصل سوم: اهداء گامت وباروری مصنوعی و حق باروری زوجین از منظر اخلاقی

- ۳-۱- مقدمه ۲۵
- ۳-۲- حق باروری زوجین نابارور ۲۶
- ۳-۳- منظر اخلاق ۲۷
- ۳-۴- بررسی امکان خرید، فروش و یا اهدای جنین و یا گامت ۲۸
- ۳-۵- لزوم حفظ نسب ۲۹
- ۳-۶- نسب پدری ۳۰
- ۳-۷- نسب مادری ۳۲
- ۳-۸- چالش های اخلاقی تلقیح مصنوعی ۳۵
- ۳-۸-۱- تغییر در طبیعت ۳۵
- ۳-۸-۲- نقض کرامت انسانی ۳۵
- ۳-۸-۳- تغییر در خلق خداوند ۳۵
- ۳-۸-۴- امکان سوء استفاده ۳۶
- ۳-۹- جمع بندی ۳۹

فصل چهارم: اهداء گامت وباروری مصنوعی و حق باروری زوجین از منظر فقهی و

حقوقی

- ۴-۱- مقدمه ۴۲
- ۴-۲- احکام فقهی و حقوقی تلقیح مصنوعی ۴۲
- ۴-۳- اسپرم شوهر ۴۳
- ۴-۴- اسپرم بیگانه ۴۵
- ۴-۵- تخمک بیگانه ۴۷
- ۴-۶- پرورش در رحم ثالث ۴۹
- ۴-۷- اهدای جنین و گامت از لحاظ حقوقی ۵۰
- ۴-۷-۱- قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور ۵۰
- ۴-۷-۲- آئیننامه اجرایی نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور ۵۱
- ۴-۷-۳- بررسی تلقیح مصنوعی خارج از رحم با اسپرم شوهر ۵۳
- ۴-۷-۴- بررسی تلقیح مصنوعی با اسپرم اجنبی ۵۴
- ۴-۷-۵- بررسی حقوقی اهدای تخمک و جنین ۵۶

۴-۸- نارسایی های قانونی باروری مصنوعی..... ۵۷

۴-۹- رویارویی با حق باروری زوجین نابارور..... ۶۰

۴-۱۰- جمع بندی..... ۶۱

فصل پنجم: نتیجه گیری

۵-۱- مقدمه..... ۶۲

منابع..... ۶۳

فهرست شکل ها

عنوان	صفحه
شکل ۱-۲.....	۲۲
شکل ۲-۲.....	۲۳
شکل ۳-۲.....	۲۳
شکل ۴-۲.....	۲۳
شکل ۵-۲.....	۲۴
شکل ۶-۲.....	۲۴

فصل اول: کلیات

۱-۱- بیان مسئله

تمایل انسان برای بهره‌مندی از نعمت فرزند قابل توجه است و هر آدمی ذاتاً در جستجوی داشتن فرزندی است که به او دلبستگی داشته و خود را در وی دریابد و بدین ترتیب تداوم نسل و حیات انسان قوام پذیرد. یکی از نگرانی‌هایی که همواره در طول تاریخ، زندگی شخصی و اجتماعی آدمیان را تحت تأثیر قرارداده، ناتوانی جنسی و عدم امکان باروری زنان و مردان بوده است. این نگرانی هم‌اکنون به کمک انواع مختلفی از روش‌ها تلقیح مصنوعی به طور عمده کاهش یافته است. تلقیح مصنوعی، پدیده‌ای نوین است که می‌تواند موانع بارداری را مرتفع و در تولید نسل به زوجین، کمکی شایانی کند. آشکارا است که رفع این موانع تا چه حد در سلامت روحی، حفظ نزدیکی عاطفی زوجین و بقای بنیاد خانواده موثر است. با این حال قابل توجه است که مانند هر فناوری دیگری، روش‌های گوناگون تلقیح مصنوعی، خود موجب دشواری‌های نظری و عملی شده و پرسش‌هایی برانگیخته است. غالب این پرسش‌ها از حیطه پزشکی فراتر رفته و در زمینه‌های اخلاق، حقوق و فقه نیز بروز یافته‌اند. در این نوشته یکی از مسایل مهمی را بررسی خواهیم کرد که در پی استفاده از روش‌های اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری شکل گرفته است و آن بررسی چالش‌های فقهی، حقوقی و اخلاقی اهداء گامت و باروری مصنوعی و حق باروری زوجین است.

۲-۱- پیشینه پژوهش

باروری و لقاح مصنوعی برای اولین بار در دنیا در سال ۱۹۷۸ در انگلستان توسط دکتر رابرت ادواردز انجام شد و اولین کودک حاصل از این لقاح به دنیا آمد. و از آن زمان تاکنون حدود پنج میلیون کودک در دنیا به این روش متولد شده اند.

در حقوق اسلام تلقیح مصنوعی به ترتیبی که امروزه از جهت عملی مطرح است سابقه ندارد، بنابراین مساله تلقیح مصنوعی رادر اصول و ضوابط اسلامی و در اخبار و احادیث صدر اسلام نمی توان یافت. اما می توان مصادیق و احکام را یافت که با تلقیح مصنوعی مشابهت دارد، از جمله احادیثی که مربوط به مساحقه و آثار آن است و همچنین در زمینه تفخیز که شباهت زیادی با تلقیح مصنوعی دارد آمده که بچه به فرد تعلق دارد (صمدی اهری، ۱۳۸۲ش، صص ۲۱-۲۰) با توجه به این مطالب ملاحظه می شود که عمل باروری زنان از راه غیر طبیعی در اسلام تحقق یافته و به هر حال طفل حاصل از آن به صاحب اسپرم ملحق گردیده است. پیشرفت های علمی امروزه سبب گشته است که بسته شدن نطفه انسان از غیر راه شناخته شده (آمیزش) امکان پذیر گردد، اما درباره ی گونه های آستن کردن و حکم شرعی آنها هنوز وفاق معینی بین علما و حقوقدانان دیده نمی شود در این قسمت ما برآنیم گونه های متصور و موجود تلقیح مصنوعی را مورد بررسی قرار داده و به واکاوی احکام فقهی این حوزه و ترسیم چالش های و خلاء های موجود بپردازیم.

- تقی پور و همکاران پژوهشی با عنوان چالش های فقهی و اخلاقی استفاده از فناوری های جدید برای درمان ناباروری نوشته اند. نتایج پژوهش بیانگر این است که استفاده از این فناوری ها یا چالش های اخلاقی و فقهی زیادی روبرو است، اما با توجه به اینکه فقهای شیعه توانسته اند همگام یا تحولات پزشکی، فتاوی مناسبی برای حل مشکلات مربوط به ناباروری تدارک ببینند، در نتیجه می توان با رعایت برخی قیود اخلاقی و حرفه ای و پیشگیری از سوء استفاده های احتمالی، استفاده از این فناوری ها را به لحاظ اخلاقی موجه شمرد.

- لطفی (۱۳۹۱) پژوهشی با عنوان بررسی و تحلیل نسب کودک حاصل از رحم استیجاری از دیدگاه فقهی انجام داده است. صاحبان تخمک و اسپرم والدین حقیقی طفل حاصل از رحم استیجاری هستند و کودک از جهت ژنتیکی متناسب به صاحب اسپرم و صاحب تخمک می باشد، بنابراین همانند اقارب نسبی، بین آنها رابطه توارث، وصیت و سایر احکام حقوقی برقرار می باشد.

- عباسی و ریاضی (۱۳۹۱) مقاله ای با عنوان مطالعه تطبیقی اهدای جنین از منظر فقه و حقوق پزشکی نوشته اند. با تولد اولین نوزاد ناشی از لقاح خارج رحمی در سال ۱۹۷۸م، آگاهی مردم از روشهای جدید درمان ناباروری افزایش یافت. به کارگیری این تکنیکها امید را برای گروهی از زوجها - که پیش از آن تصور میکردند هرگز صاحب فرزند نمیشوند - به ارمغان آورد. از جمله این روشها، اهدای تخمک، اسپرم

و جنین است که به عنوان «باروری جایگزین» و یکی از راههای موفق درمان ناباروری مطرح شده است. «اصول باروری جایگزین» و شرایط آن در قانون و آیین نامه های اجرایی مربوط آمده است؛ اما آنچه در این میان حایز اهمیت است، اطمینان از سلامت اهداکننده، دریافت کننده و تطابق خصوصیات و ویژگیهای ظاهری، خونی، فرهنگی، اجتماعی و دینی است. اولین اقدام در این زمینه آگاهی زوجین از چگونگی دریافت گامت یا جنین اهدایی است تا نگرانیهای حاصل از این عمل، خطرات احتمالی، درصد موفقیت، هزینه های مربوطه، مسائل شرعی و قانونی متعاقب آن، محرمانه بودن هویت دهنده و گیرنده از یکدیگر و سلامت گامت یا جنین مورد ارزیابی قرار گیرد. این روشهای نوین در کنار جنبه های درمانی، ابعاد حقوقی و اخلاقی پیچیده های دارند که براساس شرایط فرهنگی، اجتماعی و اعتقادی هر کشور نیازمند دقت نظر خاص بوده و باید مورد توجه قرار گیرند.

- ریاضت (۱۳۹۱) مقاله ای با عنوان چالش های فقهی حقوقی و اخلاقی تلقیح مصنوعی و رویارویی با حق باروری زوجین نابارور نوشته است. امروزه فناوری و زیست فناوری های نوین، امکان اهدای گامت و جنین را به زوجین نابارور فراهم آورده است. به کارگیری روش های جدید پزشکی گرچه به لحاظ توسعه و تحول این رشته از معارف بشری چشم گیر و خیره کننده است اما در عرصه های مختلف اخلاقی، فقهی و حقوقی موجب بروز پرسش ها و بعضا مشکلاتی شده است که پاسخ به آنها نیازمند تاملی جدی و تحقیقی گسترده و همه جانبه است. تشتت آرای فقها، حرمت برخی از طرق جدید بارداری مصنوعی همچون استفاده از اسپرم بیگانه از منظر اکثر فقها و جواز استفاده از منظر برخی دیگر، و یا استفاده از تخمک بیگانه و نیز پرورش در رحم ثالث از موضوعاتی است که مستمسک آرای متعارض از سوی فقها و حقوقدانان گردیده است. تجارب قانونگذاری کشورهای پیشرو حاکی از این است که درمان ناباروری امری مهم و نیازمند مطالعات چند سویه و شناسایی اهداف کلی و سیاست های حمایتی کلان است، در حالی که متأسفانه قوانین ایران چندان به آن توجه نداشته است و از رژیم حقوقی و قانونی مشخصی پیروی نمی کند. همچنین عدم جامعیت قانون و غفلت قانون گذار از ورود به حوزه های اختلاف برانگیز و مقابله با اخلاق اجتماعی، نه تنها زوجین نابارور را دچار نوعی سردرگمی نموده است. به این منظور، مقاله پیش رو می کوشد تا ضمن شناسایی حق طبیعی زوجین نابارور مبنی بر استفاده از پزشکی نوین، چالش های فقهی، حقوقی و اخلاقی این حوزه و مشکلات پیش روی زوجین نابارور را نمایان ساخته و ضرورت نگرش جامع و فراگیر قانونی مبتنی بر سیاست های کلان حمایتی در این حوزه را اثبات نماید.

- صمدی اهری (۱۳۹۱) مقاله ای با عنوان حقوق و تکالیف فرزندان ناشی از جنین اهدایی نوشته است. توانمندی های خارق العاده به دست آمده در علم بیولوژی انسانی و فراهم شدن فنون و تکنیک های مختلف مرتبط به توالد و تناسل، موضوع و مشکل ناباروری زنان و عقیم بودن زوجین از طریق تحصیل

گامت نر و ماده و انتقال آنها به صورت تفکیکی یا ترکیبی (جنینی) با ابزار پزشکی در اغلب کشورها تا حد زیادی حل شده است، و یکی از راه های درمان ناباروری زنان نابارور تلقیح جنین اهدایی به رحم این گونه زنان به وسیله متخصصان این رشته است. خوشبختانه در نظام حقوقی ایران نیز باتوجه به قانون نحوه اهدای جنین به زنان نابارور مصوب ۱۳۸۲ و آیین نامه اجرایی آن مصوب ۱۳۸۳ موضوع مزبور حل شده و دریافت گامت از زن و شوهر و تبدیل آن به جنین در آزمایشگاه و انتقال آن به رحم زنان نابارور که متقاضی دریافت جنین اهدایی هستند، مانع شرعی و قانونی وجود ندارد. اهدای گامت یا اهدای جنین به زنان نابارور و متقاضی دریافت جنین اهدایی از نظر حقوقی آثار گوناگونی در پی خواهد داشت که از جمله این آثار حقوقی عبارت از حقوق و تکالیفی است که برای زوجین دریافت کننده جنین به وجود خواهد آمد و زوجین مکلف خواهند شد حضانت یا نگاه داری و تربیت کودک حاصل از جنین دریافتی را عهده دار گردند و تأمین هزینه امرار معاش یا نفقه کودک مزبور تا رسیدن به سن کبر، طبق مقررات برعهده زوجین و سایر اقارب نسبی آنان در حد و چارچوب قانون است. علاوه بر موارد مذکور، روابط حقوقی دیگری نیز به وجود خواهد آمد که عبارتند از: موضوع قرابت نسبی و سببی، ولایت، حرمت نکاح و توارث بین کودک حاصل از جنین اهدایی طبق قانون فرزند زوجین محسوب می شود لذا باید از آنان در حد متعارف اطاعت کند و احترام آنان را در حد والدین نگاه دارد و بعد از رسیدن به سن کبر، در صورت نیاز والدین مزبور به شرط تمکن باید نفقه آنان را براساس مقررات مربوط به نفقه اقارب پرداخت کند.

- خداپرست و همکاران (۱۳۸۹) پژوهشی با عنوان مسائل اخلاقی اهدای جنین نوشته اند. اهدای جنین یکی از فناوریهای نوینی است که در دهه های اخیر برای درمان زوج های نابارور به کار گرفته شده است. کاربرد این فناوری همچون دیگر امکانات زیستی و پزشکی جدید، دغدغه های اخلاقی، دینی، حقوقی و اجتماعی را پدید آورده است. این مقاله پژوهشی دغدغه های فلسفیه اخلاقی به کارگیری فناوری اهدای جنین را با در نظر داشتن «چالش های اخلاقی کلی در مورد اهدای جنین» و «مسائل اخلاقی در فرایند اهدا» و «مسائل اخلاقی پس از اهدا» طرح و به بررسی و ارزیابی نقادانه آنها می پردازد. نتیجه آن است که با رعایت برخی قیود اخلاقی و حرف های و پیشگیری از سوء استفاده های احتمالی، میتوان استفاده از فناوری جنین را به لحاظ اخلاقی موجه شمرد.

- روشن (۱۳۸۶) مقاله ای با عنوان بررسی حقوقی اهدای گامت و جنین نوشته است. در خصوص لقاح مصنوعی با اسپرم و تخمک زوجین، با بررسی مواد ۱۱۵۸، ۱۱۵۹، ۱۱۶۰ و ۱۱۶۷ قانون مدنی، نزدیکی، موضوعیت و برای الحاق طفل به والدین خصوصیت ندارد و قید نزدیکی به عنوان فرد شایع، مصداق معمول بوده و جنبه حصری نداشته است و اصولاً قانونگذار در مقام بیان این نکته نبوده است. در مورد لقاح مصنوعی با اسپرم اجنبی و تخمک زوجه نیز دو نظریه به شرح زیر تبیین شده است: قائلین به

عدم جواز، معتقد هستند از آن جایی که اصل بر حرمت استفاده نطفه غیر زوجین برای دیگری است و حرمت در این خصوص، عام و فراگیر است، هر طریق آمیزشی اعم از طبیعی و مصنوعی در این راستا ممنوع است. مضافاً آن که باعث اختلاط نسل و نسب خواهد شد. اما باید گفت این امر جایز است، زیرا اصل بر آن است که طفل، ملحق به پدر و مادر طبیعی است. مگر آن که به صورت صریح، استثنائی صورت پذیرفته باشد. از آن جایی که در ماده ۱۱۶۷ قانون مدنی فقط زنا استثنا شده است، با توجه به اصول تعمیم به قدر متیقن و تفسیر مضیق در این گونه موارد، نسب طفل متولد از D.I.A قانونی است. قاعده فراش و عدم نفی زوج نیز همین اقتضا را دارد. با توجه به قانون فوق در مورد اهدای تخمک و جنین نیز هیچ مشکل قانونی وجود ندارد.

- هاشمی و عکظایی (۱۳۹۱) مقاله ای با عنوان بررسی باورها و آگاهی زوجین متقاضی اهدای جنین از شرایط طبی و حقوقی اهدای جنین در ایران نوشته اند. ناشناس ماندن زوج های دهنده باعث می شود که تداخلات حقوقی و عاطفی کمتری در آینده برای زوج دهنده و گیرنده ایجاد گردد. از طرفی حقوق انسانی کودکانی که از این طریق به دنیا می آیند، ایجاب می کند از نحوه تولدشان مطلع شوند. همچنین احتمال وقوع زنا با محارم بصورت غیر عمدی و آنومالی های ژنتیکی به دنبال افزایش تعداد زایمان های ناشی از باروری کمکی، روی هم رفته نظرات را به سمت گرفتن حقیقت به فرزندان خصوصاً در سنین قبل از بلوغ سوق می دهد. هر چند باید توجه داشت که این موضوع در ایران بسیار نوپا می باشد.

۳-۱- ضرورت پژوهش

جمع میان مصلحت فردی دایر بر حفظ آزادی و تکریم شخصیت و مصالح ملی و خانوادگی اقتضادارد که راه حلی میانه برای این حوزه انتخاب شود. نه می توان انسان را به طور کامل آزاد گذاشت و به او اجازه داد که به هر بهانه ای موازین اخلاقی را زیر پا نهاده و با استفاده از هر روشی بدون هیچ گونه محدودیت و هرگونه تعلق شرعی، اخلاقی و قانونی صاحب فرزند گردد و نه می توان تمایل شخصی انسان را برای داشتن فرزند و استفاده از روش های نوین علم پزشکی نادیده انگاشت.

کاربرد روشهای مزبور در پرتو استمرار و تعمیق تحقیقات در این حوزه هاست. هم باید همه روش های درمانی را مورد توجه قرار داد و هم تحقیقات پیرامون این روش ها را، همچنین بر فقهاست که با توجه به اهمیت استحکام بنیان خانواده، بر اساس قواعد مسلم فقهی و بنیان های اخلاقی طی جلساتی به مناظره نشسته و نقاط تاریک این حوزه را که رسالت آنها است مشخص و شفاف ساخته، و قدر متیقن آراء فقهی رایان و منتشر سازند تا احکام و آراء فقهی جایگاه خود را در این حوزه باز یابند و هم خانواده ها از سر در گمی ناشی از آراء متعارض رهایی یابند.

۴-۱- اهداف پژوهش

- ۱- استحکام و آرامش روحی روانی خانواده های مشکل دار و جلوگیری از طلاق به خاطر عدم فرزندآوری.
- ۲- استفاده زوجهای نابارور از روش های نوین پزشکی در حوزه باروری مصنوعی با رعایت تعلقات شرعی، اخلاقی، و قانونی.
- ۳- بیان قدر متیقن آرائ فقهی در حوزه باروری مصنوعی

۵-۱- سوال های پژوهش

- ۱- چالش های اهداء گامت از نظر فقهی و حقوقی چیست؟
- ۲- چالش های اخلاقی اهداء گامت چیست؟
- ۳- نگهداری از اسپرم (بانک اسپرم) از نظر فقهی و حقوقی چه چالش های دارد؟
- ۴- با وجود اهداء اسپرم و تولد نوزاد از این طرق آیا اختلاط انساب به وجود نمی آید؟
- ۵- چالش های موجود تا چه میزان حق باروری زوجین مشکل دار را با مخاطر مواجه می کند؟

۶-۱- فرضیات پژوهش

- ۱- لقاح همگون یا تلقیح بین همسران اعم از این که داخل رحم یا خارج از رحم زن انجام گرفته باشد از نظر اکثر فقها اشکالی ندارد. در مورد لقاح ناهمگون نظرات مختلفی ارائه شده است عده ای از فقها با ارائه ادله هایی جواز آن را صادر نموده اند و گروهی دیگر اعتقاد بر عدم جواز دارند. تنها قانون مرتبط با موضوع مورد مطالعه در ایران قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور می باشد.
- ۲- این روش بارداری که از تکنیک های زیست پزشکی محسوب می شود از نظر اخلاقی بسیار پرسش برانگیز است مانند الف: عدم پذیرش جوامع به دلایل اعتقادی و اخلاقی ب: افشای اطلاعات مربوط به اهداء کنندگان و یا صاحبان اسپرم یا تخمک ج: احتمال تلقیح اسپرم و تخمک افراد هم خون و محارم به یکدیگر وجود دارد.
- ۳- با نظر اکثر فقها ذخیره سازی اسپرم برای استفاده خود شخص در ایام حیاتش اشکالی ندارد.
- ۴- نسب کودکان ناشی از این روش ها باروری به صاحبان اسپرم و تخمک ملحق می شود.

۵- تلقیح مصنوعی، پدیده‌های نوین است که می‌تواند موانع بارداری را مرتفع و در تولید نسل به زوجین، کمکی شایان کند آشکار است که رفع این موانع تا چه حد در سلامت روحی و بقای بنیاد خانواده موثر است

۱-۷- روش پژوهش

۱-۷-۱- نوع مطالعه

در این پژوهش، داده‌ها و اطلاعات با روش تحقیق توصیفی - تحلیلی مورد مطالعه و بررسی قرار می‌گیرد.

۱-۷-۲- ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری اطلاعات فیش و بانک‌های اطلاعاتی می‌باشد.

۱-۷-۳- ابزار تجزیه و تحلیل

استدلال منطقی و حقوقی با مطالعه مقالات و پایان نامه‌های مرتبط با موضوع.

۱-۸- مفاهیم

۱-۸-۱- گامت

گامت یک سلول تخصص یافته است که مسئول تولید مثل جنسی می‌باشد. گامت‌ها معمولاً حاوی نصف کروموزوم جاندار است که از آن ایجاد شده‌اند، هستند. به زبان دیگر، نصف ماده ژنتیکی مورد نیاز برای شکل‌دهی و ایجاد یک جاندار کامل را دارند (اصطلاحاً هاپلوئید هستند). گامت‌ها از طریق تقسیم هسته‌ای میوز ایجاد می‌شوند، به این ترتیب که سلول‌های جنسی دو بار شکافته می‌شوند و در جنس نر چهار گامت نر ایجاد می‌شود و در جنس ماده سه یاخته و یک گامت ماده. در فرآیند لقاح، گامت‌های نر و ماده با یکدیگر در می‌آمیزند و سلول بنیادی و دیپلوئید تخم یا زیگوت را به وجود می‌آورند که هر دو مجموعه کروموزومی را دارد. در انسان، گامت نر را اسپرم و گامت ماده را تخمک می‌نامند و گامت‌های طبیعی انسان حاوی بیست و سه کروموزوم هستند (بصیری و همکاران، ۱۳۹۵).

۱-۸-۲- باروری مصنوعی

یکی از شیوه‌های غلبه بر مشکل ناباروری زوجین، لقاح مصنوعی در لوله آزمایش (IVF) است. در این روش تخمک آماده باروری را به کمک روش‌های جراحی از بدن زن و اسپرم‌های دارای قدرت باروری را از مرد گرفته و در شرایط کنترل شده در لوله آزمایش قرار می‌دهند. سپس تخمک بارور شده را بدست

آورده و در مرحله بعد به منظور انجام تقسیمات سلولی در این تخم آن را در محیط کشت مناسب قرار می‌دهند. بعد از آن جنین را به بدن مادر منتقل می‌کنند (رابرت و همکاران، ۲۰۱۸).

۳-۸-۱- فقه

علم فقه پس از کلام، اشرف علوم است، زیرا بواسطه این علم اوامر و نواهی خدا را می‌شناسیم و امتثال می‌کنیم، این علم حافظ نظم معاش و ضامن کمال نوع انسان است. احکام فقهی، مفاهیم کلی مترتب بر موضوعات است که تعیین چنین احکامی بر عهده شارع و استنباط و توضیح آنها وظیفه فقهاست (جعفری هرندی، ۱۳۸۴).

۴-۸-۱- حقوق

در عالم حقوق با مفاهیمی ارزشی سروکار داریم که در تعریف آنها از گزاره‌های توصیفی استفاده می‌کنیم (اگرچه در واقع اینجا توصیفی صورت نمی‌گیرد) و از طرفی با مفاهیمی سروکار داریم که در گزاره‌های امری یا دستوری به کار می‌رود همچون باید، نباید و می‌تواند (اسماعیلی و مهاجرانی، ۱۳۹۵).

۵-۸-۱- اخلاق

اخلاق بر اساس معنای اصلی و ریشه لغوی اش مربوط به آن دسته صفاتی می‌شود که در نفس راسخ و تثبیت شده است، به طوری که صاحب آن صفت بی‌درنگ کار متناسب و متناظر با آن را انجام می‌دهد؛ ولی در تعریف اصطلاحی، دانشی است که صفات نفسانی خوب و بد و رفتارهای متناسب با آنها را معرفی می‌کند و شیوه به دست آوردن صفات خوب و انجام اعمال پسندیده و دوری از صفات بد و کردار ناپسند را نشان می‌دهد. موضوع این علم از جهت نفس، محدود و از لحاظ صفت، گسترده است (هدایتی، ۱۳۹۳).

فصل دوم: مبانی نظری مفاهیم

۱-۲- مقدمه

یکی از شیوه های غلبه بر مشکل ناباروری زوجین، لقاح مصنوعی در لوله آزمایش (IVF) است. در این روش تخمک آماده باروری را به کمک روش های جراحی از بدن زن و اسپرم های دارای قدرت باروری را از مرد گرفته و در شرایط کنترل شده در لوله آزمایش قرار می دهند. سپس تخمک بارور شده را بدست آورده و در مرحله بعد به منظور انجام تقسیمات سلولی در این تخم آن را در محیط کشت مناسب قرار می دهند. بعد از آن جنین را به بدن مادر منتقل می کنند. تفاوت در انواع روش های IVF نیز به دلیل تفاوت در انجام هریک از مراحل بالاست. عمل IVF برای اولین بار در دنیا در سال ۱۹۷۸ در انگلستان و بوسیله یک جنین شناس به نام دکتر «ادوارز» و یک متخصص زنان به نام دکتر «استپتو» با موفقیت انجام شد و پس از آن در سراسر جهان به سرعت جایگاه خود را پیدا کرد به طوری که تا کنون حدود ۲۰ هزار کودک به این روش در دنیا متولد شده اند. از دیگر موفقیت های بدست آمده در این روش، افزایش شانس بارداری های متوالی و چند باره است. میزان موفقیت در این روش به عوامل مختلفی وابسته است، از جمله سن زوجین و نیز درجه سلامت تولید مثلی در آنها. با وجود این شانس، موفقیت از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است و به منظور تخمین این شانس لازم است فاکتور های تاثیر گذار بر آن به صورت جامع در همه کسانی که تحت این عمل قرار گرفته اند بررسی شود.

برخی از دلایل ناباروری که باعث می‌شوند این روش در دستور کار قرار گیرد به شرح ذیل است: وجود مشکل در لوله رحم زن ممکن است لوله فالوپ (لوله رحمی) مسدود باشد و یا آسیب دیده باشد. این امر باعث می‌شود که اسپرم در رسیدن به تخمک دچار مشکل شود و یا تخمک بارور شده (زیگوت) قادر به عبور از لوله و رسیدن به حفره شکمی نشود. وجود مشکل در اسپرم مرد به این معنا که تعداد اسپرم‌های مرد کمتر از حد طبیعی باشد و یا حرکتشان کم باشد و یا اینکه قدرت بارور سازی تخمک را علیرغم رسیدن به آن نداشته باشند.

وجود مشکل در تخمدان زن ممکن است تخمدان‌ها قادر به رها کردن تخمک و یا تولید تخمک نباشند. حالات غیر طبیعی رحم زن وجود بیماری‌های آندومتر در زن در این حالت جنین قادر به لانه‌گزینی در رحم نیست. وجود تومورهای فیبرویدی در زن در گذشته، گرفتن تخمک از زن به کمک روش‌های جراحی انجام می‌گرفت. اما امروزه با پیشرفت روش‌های سونوگرافی، عمل جراحی کمتر در دستور کار قرار می‌گیرد. در روش IVF بدون عمل جراحی، ابتدا به منظور فراهم آوردن یک محیط مناسب در بدن زن و همچنین افزایش شانس دستیابی به چندین تخمک بالغ و سالم، زن تحت یک پروسه آماده‌سازی متمرکز و فشرده حدود دو هفته ای قرار می‌گیرد. در این روش با استفاده از داروهای بارداری، بیمار یک هفته تحت هورمون درمانی قرار می‌گیرد. همچنین به منظور تشخیص زمان مناسب برای گرفتن تخمک، آزمایش خون و سونوگرافی از تخمدان‌ها انجام می‌شود (رابرت و همکاران، ۲۰۱۸).

۲-۲- ناباروری و درمان آن

مسئله ناباروری و روش‌های درمان آن از دیرباز مورد توجه حکیمان و پزشکان بوده و حتی در مصر، یونان و روم باستان نوشته‌هایی درباره مداوای ناباروری بر جای مانده است. مسائل پزشکی، از جمله ناباروری در پنج قرن آغازین هجری شکوفا تر گردید. زکریای رازی در الحاوی و ابن سینا در قانون برای درمان نازایی داروهایی را تجویز نموده‌اند و از قرن شانزدهم میلادی موضوع ناباروری به صورت تخصصی مطرح گردیده است. تلقیح مصنوعی به دو منظور اصلاح نژاد و تکثیر نسل حیوانات اهلی به کار گرفته شده بود. اولین آزمایش را یکی از دانشمندان آلمانی به نام «لدویگ جاکوبی» در سال ۱۷۶۵ روی ماهی‌ها انجام داد و سپس در ایتالیا و بعداً در روسیه روی حیوانات انجام گرفت و کم‌کم به انسان نیز تعمیم یافت و در واقع در غرب آغاز تلقیح مصنوعی به سال ۱۷۸۰ برمی‌گردد که «لازاد اسپالانزای» ایتالیایی آن را بر روی سگ انجام داد. وی در سال ۱۷۸۱ توانست چنین آزمایشی را بر روی انسان انجام دهد. در سالهای بعد آزمایش‌های گوناگونی بر روی حیواناتی مانند میمون، اسب، موش، سگ، خرگوش و... انجام شد. در این آزمایش‌ها انتقال اسپرم به روش‌هایی غیر از روش‌های معمول انجام گردید. دانشمندان در سال ۱۷۹۹ در انگلستان، در سال ۱۸۶۶ در آمریکا و در سال ۱۸۶۸ در فرانسه و در

بیمارستان زنان نیویورک سیتی آزمایش های خود را انجام دادند. ده سال بعد یکی از دانشمندان فرانسوی گزارش داد که از بین ۷۲ زنی که تلقیح مصنوعی روی آنها انجام گرفته، ۴۱ مورد پاسخ مثبت یافته و بارور گردیده اند. از آن سال ها به بعد این موضوع توجه علما و دانشمندان را به خود جلب کرد. در سال ۱۹۱۴ یکی از اطباء انگلیسی مقیم مصر موسوم به دکتر جامیسون شنیده بود که در میان بدویان طریقه ای برای معالجه زنان عقیم وجود دارد که گاه منجر به آبستن شدن زنها می شود و گاهی این گونه زنان می میرند. این اتفاق، پزشک انگلیسی را به فکر فرو برد و وی با بررسی های فراوان دریافت که زنان بدوی به قطعه ای از پشم حیوانات، نظیر گوسفند افسون می خوانند و آن را به زن نازا می دهند تا به رحم خود بمالد و معتقد بودند که زن با این روش یا حامله می شود و یا می میرد. این مطلب باعث شد که پزشک انگلیسی تحقیقات دقیق تری انجام دهد و سرانجام دریافت که زنان بدوی پشم را به نطفه مردان آغشته کرده و سپس آن را به زن عقیم می دهند تا آن را استعمال نماید که علاوه بر نطفه، مقدار زیادی از میکروب های مضر موجود در پشم وارد رحم زن می گردد. اگر آن زن دارای بینه قوی بود، مقاومت می کرد و در غیر این صورت از پا در می آمد و می مرد. این موضوع دکتر جامیسون را به فکر انداخت که به وسیله تلقیح مصنوعی و از راه صحیح علمی کار صحرانشینان و جادوگران را به نتیجه برساند و با تکنیک موجود، تلقیح مصنوعی زنان را انجام دهد و به وسیله آلات مصنوعی و لولهی آزمایش، نطفه مرد را به زن منتقل نماید تا به این وسیله خانواده های فراوانی را که در اثر نداشتن فرزند به متلاشی شدن تهدید می گردیدند را نجات دهد. او در این مراحل گاهی به علت بی ثمر بودن اسپرم شوهر از نطفه مرد بیگانه استفاده می کرد. رواج تلقیح مصنوعی در انگلستان و هجوم زنان بی فرزند به بیمارستان های لندن موجب شد که موضوع تلقیح مصنوعی در بین مجلس عوام انگلستان مطرح شده و وزیر بهداشت استیضاح و دولت تخطئه گردد. علت مخالفت مجلس این بود که چرا این گونه افراد، مانند اطفال قانونی، طبیعی و شرعی به ثبت می رسند و شناسنامه برای آنها صادر می شود. با وجود اعتراض های مذکور از تلقیح مصنوعی جلوگیری نشد و امروزه در انگلستان اطفال ناشی از تلقیح مصنوعی به طور چشم گیر مشاهده می گردد (میرهاشمی، صص ۱-۲). (در سال ۱۹۲۹ دکتر «کریکوری» توانست انتقال تخمک را انجام دهد و در سال ۱۹۴۱ با انجماد موفقیت آمیز اسپرم، بانک آن تأسیس شد. در سال ۱۹۷۸ دکتر «رابرت ادوارز» زیست شناس انگلیسی با همکاری «پاتریک استیو» بعد از دو سال پژوهش توانستند از طریق تلقیح آزمایشگاهی «IVF» دختری به نام «لویز براون» را در اولدهام انگلستان متولد نمایند. همچنین وی در سال ۱۹۷۹ یک نوزاد پسر به همین شیوه به دنیا آورد. تولدهای دیگری نیز در ۱۹۸۰ در استرالیا و ۱۹۸۱ در آمریکا صورت گرفت و این مسأله چنان رایج شد که در ۱۹۸۸ فقط در کشور انگلستان حدود ۹۵۶ کودک از طریق باروری خارج رحمی متولد گردیدند. امروزه تولید مثل از طریق «IVF» در اکثر کشورهای جهان انجام می شود به گونه ای که هزاران نفر با این شیوه متولد شده و

حیات خود را ادامه می‌دهند. اهدای جنین انسان هم اولین بار در سال ۱۹۸۳ در کالیفرنیا انجام شد و طی آن «تراونسن» و همکارانش اسپرم اهدا شده را در آزمایشگاه با تخمک تلقیح نموده و جنین حاصله را به رحم متقاضی انتقال دادند. در سال ۱۳۶۹ در ایران نخستین تولد فرزند به شیوه های مزبور در بیمارستان افشار یزد گزارش داده شده است. مؤسسه رویان که در سال ۱۳۶۸ در تهران تأسیس گردید. نخستین تولد فرزند به شیوه IVF را در سال ۱۳۷۲ و تولد از طریق برداشت اسپروماتوزوئید و انجماد جنین را در سال های ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ گزارش داده است. خلفی، شماره ۳۳. در پاره ای از کشورها تلاش بر این بود که از اشاعه این رویه غیر طبیعی جلوگیری به عمل آید در کشور ایتالیا و در واتیکان، پاپ رهبر کاتولیک‌های جهان، تلقیح مصنوعی را تحریم کرد ولی بعضی از کشورهای اروپایی و آمریکایی تلقیح مصنوعی را مباح دانستند. امروزه در آمریکا با وجود مخالفت های فراوان، تلقیح مصنوعی رواج دارد و پزشکان در صورت توافق زن و شوهر اقدام به تلقیح مصنوعی می‌نمایند. امروزه حتی از طریق اینترنت هم حاملگی انجام می‌شود و یک سایت اینترنتی به این کار مبادرت می‌ورزد. این سایت اینترنتی که [mannot included.com](http://mannotincluded.com) یعنی شامل مردها نمی‌شود نام دارد، در واقع واسطه ای است برای زنان هم جنس گرا یا زنان تنها که جویای بارداری و داشتن فرزند هستند. در این روش اسپرم خریداری شده از طریق این سایت اینترنتی مستقیماً به خانه مشتری ارسال می‌شود تا او شخصاً به تلقیح مصنوعی بپردازد. منتقدان این روش این نوع بارداری را غیربهداشتی می‌دانند، چون شخص دهنده اسپرم ممکن است مبتلا به ایدز باشد و از سوی دیگر معتقدند هر کودکی حق دارد که هویت والدین خود را بشناسد. در حالی که از این طریق در واقع کودک از هویت پدر خود بی اطلاع خواهد ماند. آقا جان گونزالس، بنیان گذار این سایت اینترنتی به خبرگزاری بی.بی.سی گفته است که مراجعه کنندگان به سایت او می‌توانند اسپرم شخصی را انتخاب کنند که ویژگی ها و شخصیت مورد نظر آنها را داشته باشد. او ادعا می‌کند اشخاصی که از طریق سایت اینترنتی او اسپرم خود را در اختیار مشتریان قرار می‌دهند، از میان سالم ترین افراد بریتانیا انتخاب شده اند. سایت اینترنتی آقای گونزالس تحت پوشش سازمان باروری و جنین شناسی بریتانیا که بر تلقیح مصنوعی در این کشور نظارت دارد نیست. چون این سایت اینترنتی تنها به عرضه اسپرم تازه می‌پردازد. در حالی که سازمان باروری و جنین شناسی بریتانیا اسپرم را در درمانگاه های خود می‌پذیرد و سپس آن را منجمد کرده و به مدت شش ماه مورد آزمایش قرار می‌دهد تا آلوده به بیماری نباشد. سایت اینترنتی جان گونزالس در یک سال اول فعالیت خود به شانزده زن کمک کرده تا بارور شوند و تمام این زنان به جز یک مورد همجنس گرا بودند. در این سایت نام سه هزار مرد به عنوان دهنده اسپرم و نام پانصد زن به عنوان پذیرندگان اسپرم ثبت شده ولی نام هیچ یک از آنها فاش نمی‌شود. ۱۲. در احکام اسلام، در مورد حامله شدن زن از زن دیگر به وسیله مساحقه و همجنس بازی که بعضاً این عمل باعث حامله شدن زن مورد مساحقه می‌شده و همچنین در زمینه عمل ناشی از تفعیذ که

سبب حامله شدن زن می‌گردید، مصادیق و احکامی را می‌توان ارائه کرد. آیت الله خمینی و آیت الله خامنه ای در رساله هایشان مسائل متعددی را به تبیین این موضوع اختصاص داده اند (آیت الله خمینی، صص ۵۵۹ - ۵۶۱؛ خامنه ای، صص ۳۰۳-۳۰۵).

با تولد لوئیس براون به عنوان اولین کودک ناشی از لقاح آزمایشگاهی در سال ۱۹۷۸، آگاهی مردم از درمان های نوین ناباروری افزایش یافت. از آن سال روش های جدید کمک باروری به سرعت رشد و گسترش یافتند. به کارگیری این تکنیک ها، امید به حاملگی را در زوجینی که علی رغم درمان های متعدد جراحی و دارویی، صاحب فرزند نشده اند افزایش داد.

در حال حاضر به طور تقریبی، بیش از هشتاد میلیون زوج در جهان و بیش از یک و نیم میلیون زوج ایرانی، نابارور هستند. بر تخمین بر پایه گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) اساس این گزارش ۱۰-۱۵ درصد از زوج های جهان معمولاً با مشکل نازایی مواجه هستند.

روش های متداول برای کمک به زوج های نابارور مایل به داشتن فرزند، جراحی برای رفع مشکلات ساختمانی دستگاه تولید مثل، استفاده از داروهای باروری برای تحریک تخمک گذاری و انتقال اسپرم متحرک و شسته شده شوهر به رحم (IUI) است.

این اقدامات اولیه درمانی، برای پنجاه درصد از ناباروری ها مؤثر است و از سالها قبل نیز متداول بوده است.

در بقیه موارد، استفاده از روش های درمانی پیشرفته تر، نظیر IVF (لقاح خارج رحمی) و ICSI (میکرواینجکشن) توصیه می شود.

همچنین در مراحل بعدی، استفاده از گامت شخص ثالث در القای باروری به عنوان یکی از بحث انگیزترین موارد در لقاح خارج رحمی مطرح شده است به طور کلی لقاح خارج رحمی بر اساس تقلید از روش طبیعی تولید مثل طراحی گردیده است. تفاوت عمده این دو روش، حذف نقش قسمتی از عملکرد دستگاه تولید مثل از نظر آناتومیک ساختمانی یا فیزیولوژیک در لقاح طبیعی است. لذا آشنایی با وضعیت طبیعی ارگان های تولید مثلی مرد و زن و لقاح طبیعی ضروری است.

۳-۲- دستگاه تولید مثل زن

دستگاه تولید مثل زن شامل دهانه رحم، رحم، لوله های رحمی (لوله های فالوپ)، تخمدان ها و تخمک ها است که نقش اساسی را در سیستم تولید مثل زن ایفا می کنند سرویکس یا دهانه رحم در پایین ترین قسمت رحم قرار گرفته و حالت برآمده ای را در قسمت بالایی و انتهایی مهبل به وجود آورده است. دهانه رحم از طریق کانال و مسیر باریکی به رحم متصل می شود. در دیواره این کانال، غدد بسیاری

است که ترشحات دهانه رحم (موکوس) را ایجاد می‌کنند. این ترشحات نقش بسیار مهمی در تولید مثل دارند.

رحم از بافت ماهیچه ای بسیار قوی تشکیل شده است و قابلیت اتساع از حالت طبیعی خود به اندازه یک گلابی تا جای دادن فرزند در تمام مدت حاملگی را در داخل خود دارد. در پیچه موجود بین دهانه رحم و حفره رحمی، قابلیت حفظ و کنترل جنین را در مدت حاملگی دارد و معمولاً امکان اتساع آن، هم زمان با اتساع و بزرگی رحم به دلیل لزوم نگهداری جنین وجود ندارد. البته در زمان زایمان این در پیچه بزرگ می‌شود و نوزاد با از شدن آن از رحم خارج می‌گردد.

لوله های فالوپ، دو لوله باریک به طول حدود ۱۰ سانتی متر، از دو طرف فوقانی رحم تا محل تخمدان ها کشیده شده اند. در انتهای لوله های فالوپ زوایدی وجود دارد که زواید انگشتی (فیمبریا) نامیده می‌شوند.

تخمدان ها در دو طرف رحم به شکل د و بادام بوده و به وسیله اتصالاتی به دو طرف لگن چسبیده و دقیقاً در محل انتهای زواید انگشتی قرار گرفته اند. تخمدان ها توانایی آزاد کردن تخمک ها را دارند و هورمون های خاصی را در خون ترشح می‌کنند. روند آزاد شدن تخمک از تخمدان ها، تخمک گذاری (اوولاسیون) نامیده می‌شود. تخمک به اندازه یک دانه شن بسیار ریز است و بزرگترین سلول در بدن انسان شمرده می‌شود. هر ماه، تخمدان ها تعدادی از تخمک های موجود در بدن زن را برای بالغ شدن انتخاب می‌کنند. ولی در هر دوره قاعدگی تنها یک و گاهی دو تخمک به مرحله بلوغ کامل و آزاد شدن از تخمدان می‌رسد که در صورت وجود شرایط لازم بارور می‌شود. تخمک هایی که به مرحله بلوغ نمی‌رسند، به وسیله تخمدان ها جذب و از بین می‌روند. یک زن در کل طول دوره باروری خود و طی حدود ۴۰۰ دوره تخمک گذاری در طول عمر خود، کمتر از نیمی از تخمک های ایجاد شده از دوره جنینی، یعنی تنها حدود سیصد هزار تخمک را استفاده می‌کند. بلوغ تخمک در فضای بادیکنک مانند و قابل اتساعی به نام فولیکول در تخمدان صورت می‌پذیرد. در زمان تخمک گذاری، زواید انگشتی به آرامی حالت مکشی را در سطح تخمدان ها ایجاد می‌نمایند و سپس تخمک ها را برای باروری به داخل لوله های فالوپ هدایت می‌کنند. تخمک انسان از نظر ظاهری، ساختمانی مشابه تخمک بقیه موجودات زنده و حتی تخم مرغ دارد. در مرکز تخمک انسان، هسته (نوکلئوس) قرار گرفته که حاوی کروموزوم ها است. سیتوپلاسم اطراف هسته، حاوی ارگان های میکروسکوپی است که به عنوان کارخانه های سلولی تولید انرژی، تأمین تغذیه تخمک را به عهده دارند. سیتوپلاسم نیز حاوی مواد غذایی است که جنین را در مراحل اولیه لقاح و پس از لانه گزینی تغذیه می‌کند و مواد مورد نیاز رشد جنین را قبل از اتصال به جداره داخلی رحم، تشکیل جفت و تغذیه از مادر تأمین می‌کند. در اطراف سیتوپلاسم، پوشش غشایی قرار دارد که زوناپلوسیدا را از سیتوپلاسم داخل تخمک جدا می‌کند.

زونا پلوسیدا مشابه پوسته تخم مرغ است. پوشش غشای داخلی نیز مشابه غشای داخل تخم مرغ است که سفیده را از پوسته تخم مرغ جدا می‌کند. در اطراف تخمک انسان سلول‌هایی به نام (گرانولوزا) توده کومولوس وجود دارد که مانند ستاره‌هایی تخمک را در برگرفته و نقش خود را در زمان باروری تخمک ایفا می‌کنند. در حال حاضر با به کارگیری تکنیک‌های درمانی پیشرفته، این امکان حاصل شده است که برای پیشگیری از صدمات وارده به تخمک‌ها در اثر پرتو درمانی، شیمی درمانی یا موارد دیگر، بخشی از تخمدان زن را منجمد و تخمک‌های لازم را در موقع نیاز، برای خود فرد یا دیگری بارور کنند.

۴-۲- دستگاه تولید مثل مرد

دستگاه تولید مثل مرد شامل بیضه‌ها، اپیدیدیم، وازدفران، غدد سمینال، غده پروستات و اسپرم‌ها سلول‌های جنسی مرد است که نقش اساسی را در سیستم تولید مثل مرد ایفا می‌کنند. بیضه‌ها دو عضو فعال دستگاه تناسلی مرد هستند که در خارج از حفره شکمی و در کیسه کوچکی به نام اسکروتوم (کیسه بیضه) قرار دارند. بیضه، معادل تخمدان در زن است که تولید اسپرماتوزوئید معادل تخمک در زن را به عهده دارد. سلول‌های تولیدکننده اسپرم و سلول‌های ترشح‌کننده هورمون تستوسترون، درون بیضه قرار دارند. در مقایسه با زن‌ها، که در زمان تولد، تمامی تخمک‌های خود را به همراه دارند، روند تولید اسپرم در مرد، پس از بلوغ آغاز می‌شود و رشد و تکامل اسپرم حدود دو ماه به طول می‌انجامد. اسپرم پس از شکل‌گیری، طی عبور از یک لوله طولانی و پیچیده و باریک به نام اپیدیدیم که درون اسکروتوم قرار دارد، بالغ و در آن ذخیره می‌شود. اپیدیدیم به لوله مستقیم و ضخیم دیگری به نام وازدفران متصل است که آن نیز به مجرای خروجی ادرار متصل می‌شود. این مجرا از مثانه منشأ می‌گیرند و باعث انتقال ادرار از مثانه و عبور آن از میان آلت تناسلی می‌شوند. اسپرم نیز از طریق مجرای ادرار و به وسیله انقباضات مجاری تناسلی به خارج هدایت می‌شود. اسپرم در مقایسه با تخمک، بسیار کوچک‌تر است و شباهت زیادی به نوزاد قورباغه دارد. هر اسپرم دارای یک سر است که هسته سلول در آن قرار دارد. هسته اسپرم، مشخصات ارثی یا مواد ژنتیکی را حمل می‌کند. این ژنها به طور منظم بر روی کروموزوم‌ها قرار دارند. قسمت میانی اسپرم، انرژی لازم را برای حرکت و زنده ماندن آن فراهم می‌کند و دم اسپرم نیز باعث به حرکت درآمدن اسپرم و عبور آن از مجاری تناسلی زن تا بخش‌های آخر لوله‌های فالوپ و در نهایت باروری تخمک می‌شود. قسمت فوقانی سر اسپرم را کیسه‌ای به نام آکروزوم می‌پوشاند. آکروزوم حاوی آنزیم است، که به وسیله آن اسپرم، قادر به عبور از زون اپلوسیدا و نفوذ به تخمک می‌گردد.

غدد بسیاری مانند غدد سمینال و غده پروستات در طول این مسیر قرار گرفته و ترشحات شیری رنگی دارند که تغذیه و افزایش طول عمر اسپرم را فراهم می کنند. اجتماع اسپرم در این ترشحات شیری رنگ، مایع منی (Seminal fluid) نامیده میشود.

به دلیل انقباض و بسته شدن گردن مثانه در زمان انزال، منی و ادرار به هیچ وجه هم زمان خارج نمی شوند و به این ترتیب ادرار با منی مخلوط نمی شود. در برخی موارد بروز بیماری مانع انقباض گردن مثانه می شود و باعث انتقال اسپرم به مثانه می گردد. این موقعیت ممکن است منجر به ناباروری شود، که از طریق جداسازی سریع اسپرم از ادرار و انتقال آن به رحم و همچنین در مواردی با اصلاح جراحی قابل درمان است.

۵-۲- لقاح طبیعی

سلول های جنسی، شامل تخمک و اسپرم هستند که قبل از باروری، نطفه یا گامت نامیده می شوند. با فراهم آوردن امکان باروری و نفوذ یک اسپرم به داخل یک تخمک، زایگوت سلول تخم به وجود می آید. تشکیل زایگوت با مشاهده دو پیش هسته در داخل تخمک تشخیص داده می شود که هر کدام حاوی کروموزوم های یکی از گامت ها (اسپرم و تخمک) است که ۱۲-۸ ساعت پس از لقاح و باروری تخمک، مشاهده می شوند. اولین تقسیم در تخمک بارور شده حداقل ۲۴ ساعت پس از لقاح قابل مشاهده است. در گذشته امکان بررسی رویان یا جنین از زمان لقاح میسر نبود، لذا رویان پس از هفته نهم تا زمان وضع حمل، جنین نامیده می شد. اگر چه در حال حاضر رویان های دو سلولی به بعد را نیز جنین می نامند استفاده از تکنیک های باروری خارج از رحمی سبب باروری تخمک، تشکیل زایگوت و جنین در محیط آزمایشگاه می گردد. معمولاً نگهداری رویان های حاصل از لقاح خارج از رحمی بیش از ۲-۳ روز امکان پذیر نیست. محیط های کشت جدید نیز تنها به مدت ۵-۴ روز جنین را در آزمایشگاه حفظ می کنند و پس از آن الزاماً باید به رحم منتقل شده یا منجمد شوند. به جز گامت ها اسپرم و تخمک که دارای ۲۳ کروموزوم هستند، سایر سلول های بدن انسان دارای ۴۶ کروموزوم هستند. این کروموزوم ها دو به دو با هم متصل بوده و ۲۳ جفت کروموزومی را تشکیل می دهند. هر کروموزوم دارای چند هزار ژن است که هر یک از آنها مسئول انتقال صفات ارثی پدر یا مادر هستند. اگر اسپرم و تخمک، هر یک ۴۶ کروموزوم داشتند، بعد از باروری تخمک به وسیله اسپرم، زایگوتی با تعداد ۹۲ (۴۶ جفت) کروموزوم یعنی دو برابر کروموزوم های والدین ایجاد می شد. ولی قدرت خداوندی به نحوی برنامه ریزی نموده که تعداد کروموزوم های اسپرم و تخمک، قبل از لقاح به نصف تعداد کروموزوم های بقیه سلول های بدن کاهش یابد. تقسیم یا کاهش کروموزومی دقیقاً قبل از زمان بلوغ گامت ها اتفاق می افتد که تقسیم میوز نامیده می شود. به دنبال این تقسیمات و تبادل ژن های اسپرم

و تخمک، سلول جدید و بارور شده ای با ۴۶ جفت کروموزوم ایجاد می‌شود. این نگاه بسیار ساده به سلول، درحقیقت عملی بسیار پیچیده و دقیق است که اطلاعات بیش از صد هزار واکنش بیوشیمیایی در آن وجود دارد و این اطلاعات برنامه و دستور کار عملی موجود جدید خواهد بود و پس از آن شروع واقعی رشد جنین آغاز خواهد شد.

باروری، عمل بسیار پیچیده ای است که باید در محدوده زمانی مشخصی صورت بگیرد. در ثوری، اسپرم مرد همیشه آماده برای باروری تخمک است ولی تخمک زن پس از هر دوره تخمک گذاری، فقط در محدوده زمانی ۱۲ تا ۲۴ ساعت پس از آزاد شدن قابل باروری است. بنابراین در لقاح طبیعی زوجین، نزدیکی طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل و بعد از تخمک گذاری، منجر به بارداری میشود. اگر اسپرم و تخمک هم زمان حرکت خود را به سوی نواحی تناسلی زن آغاز کرده باشند، نتیجه آن باروری و تشکیل جنینی خواهد بود که در مراحل بعدی رشد، در دیواره رحم جایگزین خواهد شد.

مرد با هر انزال حدود صد تا دویست میلیون اسپرم آزاد می‌کند. در تماس جنسی طبیعی، اسپرم در ناحیه خلفی و پشت ناحیه برآمدگی دهانه رحم قرار می‌گیرد و پس از عبور از دهانه رحم (سرویکس) حرکت خود را به سوی لوله ها ادامه می‌دهد. برای اسپرم ریز و بسیار کوچک، حرکت از مسیر رحم تا لوله ها معادل کیلومترها شنا کردن یک انسان بالغ است و لذا تنها اسپرم های سالم، قوی و کار آمد می‌توانند در مدت زمان ۲۴ تا ۴۸ ساعت خود را به لوله های رحمی و تخمک برسانند. به همین دلیل، لقاح و باروری در خارج از بدن، شانس بسیار بالاتری را برای رسیدن اسپرم به تخمک و باروری آن ایجاد می‌کند، زیرا در لقاح خارج رحمی، فاصله ای که اسپرم باید حرکت کرده و تخمک را بارور نماید، به مراتب کوتاه تر از فاصله ای است که اسپرم به صورت طبیعی باید آن را طی کند. حاملگی در حقیقت با اتصال و یکی شدن دو گامت (اسپرم مرد و تخمک زن) شکل می‌گیرد. مهیا شدن شرایط لازم برای انجام این لقاح و باروری، بسیار مفصل و طولانی است. شروع بلوغ و جوانی با ترشح موزون و هماهنگ هورمون های جنسی آغاز می‌شود. این هورمون ها تغییرات فیزیکی و رفتاری را در مرد و زن ایجاد می‌کنند.

هیپوتالاموس و هیپوفیز، تنظیم ساخت و آزاد شدن هورمون های جنسی مربوط را به عهده دارند. شایان ذکر است که دوره قاعدگی طبیعی (از زمان اولین روز خونریزی تا شروع مجدد دور ه بعدی) به طور متوسط ۲۸ روز است. در برخی از زنان این دوره کوتاه تر یا طولانی تر است. در این گونه موارد، تغییرات هورمونی دور ه قاعدگی و تخمک گذاری بر اساس تعداد روزهای دوره قاعدگی تغییر می‌یابد. برای مثال در یک زن با دور ه قاعدگی ۳۵ روزه، تخمک گذاری حوالی روزهای ۱۷ و ۱۸ صورت می‌پذیرد.

باروری در لقاح طبیعی و لقاح خارج رحمی همان گونه که اشاره شد، لقاح طبیعی زمانی اتفاق می‌افتد که زن یک یا تعداد بیشتری تخمک سالم و بالغ را آزاد ساخته و این تخمک ها با اسپرم سالم و بالغ مرد

ترکیب شوند. در این ارتباط برای انجام لقاح، اسپرم و تخمک باید از مسیر مجاری تناسلی زن، بدون توقف حرکت نموده و تحت تأثیر هورمون ها و ترشحات محیطی حمایت کننده، بارور شوند. تا کنون حاملگی در زوجی که فاقد یکی از دو پیش زمینه اصلی، یعنی انتقال مطمئن و بدون مشکل گامت ها به محل ترکیب آن در لوله های رحمی و همچنین محیط هورمونی لازم برای انجام باروری و بقای تخمک بارور شده باشد، ممکن نبوده است. در حال حاضر، باروری آزمایشگاهی یا لقاح خارج رحمی توانسته است مشکلات آناتومیک (ساختمانی) یا فیزیولوژیک بیشتر زوج هایی را که تا به حال حاملگی برای آنها خواب و خیالی بیش نبوده است مرتفع کند.

لقاح و به دنبال آن حاملگی طبیعی، در صورت حضور پنج معیار ذیل امکان پذیر است: یک یا چند تخمک سالم و بالغ در زمان مناسب و در ارتباط با محیط هورمونی مناسب آزاد و رها شوند. اسپرم سالم، قوی، فعال و بالغ 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 (فالوپ) سالم و باز، توانایی لازم را برای عبور مناسب اسپرم و تخمک فراهم آورند.

رحم سالم و بدون نقص (بدون تومورهای فیروئیدی، پولیپ، رحم دو شاخه و همچنین وجود لایه آندومتریوم با ضخامت کافی و سالم برای شکل گیری مناسب) و لانه گزینی جنین ضروری است. عوامل و بیماری های شایعی مانع از حاملگی طبیعی است. رفع این نقایص به وسیله درمان با روش لقاح خارج رحمی امکان پذیر است. علاوه بر جنس مذکر و مؤنث که هر یک به تنهایی در پدیده ناباروری نقش دارند، عوامل دو جانبه ای نیز در بروز ناباروری مؤثر هستند. به طور کلی می توان ۴۰ درصد از عوامل ناباروری را زنانه، ۴۰ درصد را مردانه، ۱۰ تا ۱۵ درصد عوامل را در هر دو و ۵ تا ۱۰ درصد را ناشی از عوامل ناشناخته دانست، که علل آن به طور جداگانه مورد بحث قرار می گیرد.

۶-۲- علل ناباروری زنان

از علل نازایی، بیماری های لگنی را می توان نام برد که شامل زخم ها، عفونت ها، التهاب، تومور و نقایص مادرزادی است. شایع ترین علت نازایی زنان، صدمات وارده به لوله های رحمی (فالوپ) است که منجر به انسداد آن شده و در نتیجه مانع از پیوستن اسپرم و تخمک می شود. همچنین چسبندگی حاصل از جراحی های لگنی نیز ممکن است باعث ناباروری شود. عواملی نظیر اندومتریوزیس، که در آن بافت اندومتر در خارج از رحم رشد نموده و باعث درد و خونریزی های شدید می شود، می تواند لوله های فالوپ و تخمدان ها را نیز درگیر کند. اخیراً معلوم شده است که حتی میزان خفیف اندومتریوزیس در حفره لگنی می تواند باعث ناباروری شود. این تأثیر به واسطه آزاد و رها شدن عوامل

سمی است که باعث کاهش توانایی باروری تخمک می‌شوند. تخمک برای انتقال از تخمدان به لوله‌های فالوپ از محیط داخل لگنی عبور می‌کند. بنابراین، حضور میزان کم اندومتريوزیس، ممکن است تأثیر منفی بر مکانیسم انتقال تخمک به لوله‌های رحمی نداشته باشد. ولی وجود مواد سمی مربوط به اندومتريوزیس، ممکن است باعث از بین رفتن توانایی باروری تخمک شود.

علاوه بر این، میزان بسیار خفیف اندومتريوزیس، منجر به پاسخ ایمنی منطقه ای و القای پاسخ‌های التهابی می‌شود. ماکروفاژهای داخل حفره لگنی و حتی داخل لوله‌های فالوپ، سرگردان باقی می‌مانند و موجب از بین رفتن تخمک، اسپرم و حتی جنین می‌شوند. در این ارتباط حتی کمترین و ملایم‌ترین انواع اندومتريوزیس، ممکن است موجب کاهش قدرت باروری در ۷۰ درصد از موارد شود. ناباروری ممکن است ناشی از صدمه و آسیب به تخمدان‌ها باشد. گاهی وضعیت هورمونی رحم و تخمدان طبیعی است و تخمک نیز به اندازه کافی رشد کرده است، اما تخمدان امکان آزادسازی تخمک را ندارد. مثلاً به دلیل صدماتی که ذکر شد یا ضخامت دیواره فولیکول تخمدان، تخمک در داخل فولیکول به دام افتاده و امکان آزادسازی آن مهیا نمی‌شود. اگر چه این موارد شیوع محدودی دارند، ولی ممکن است به صورت ارثی یا بر اثر عملکرد ناقص غدد فوق کلیوی (آدرنال) عارض شده باشند. بیماری‌های شایعی از قبیل عفونت‌های لگنی، اندومتريوزیس و تغییرات بافتی ناشی از عمل جراحی، ممکن است منجر به قرار گرفتن تخمدان‌ها در وضعیت بسیار نامطلوب شود. این بیماری‌ها می‌توانند با ایجاد سدی، مانع از ارتباط کامل زواید انگشتی لوله‌های فالوپ با سطح تخمدان‌ها شوند. در مواردی ممکن است یک یا هر دو لوله فالوپ، به طور کامل و مناسب، آزاد و متحرک باشند، ولی تخمدان یا تخمدان‌ها در دسترس لوله‌های فالوپ نبوده یا توانایی حرکت به سمت لوله‌های فالوپ را نداشته باشند. در این گونه موارد، تخمک‌ها ممکن است به جای آن که توسط زواید انگشتی لوله‌های فالوپ بازبایی و جمع‌آوری شوند، در حفره شکمی رها شده از بین بروند. آزاد شدن غیر طبیعی تخمک نیز یکی از عوامل شایع در نازایی زنان است. برخی زنان به طور کلی تخمکی را آزاد نمی‌کنند، در حالی که در برخی دیگر، آزادسازی تخمک با توجه به سیکل فرد یعنی در ارتباط با شکل‌گیری حاملگی (بارور شدن تخمک و زنده ماندن آن)، خیلی زود یا خیلی دیر صورت می‌گیرد که همه این موارد می‌تواند منجر به ناباروری زوج شود. کیفیت تخمک‌های آزاد شده از تخمدان نیز، مخصوصاً پس از سن سی و پنج سالگی، در ناباروری بسیار مؤثر است. توانایی باروری تخمک، هم زمان با افزایش سن کاهش می‌یابد. صدمه به لایه رحمی اندومتريوم به سبب بیماری، جراحی یا عفونت‌ها نیز منجر به نازایی زن می‌شود. همچنین صدمات وارد به رحم، تومورهای مانند تومورهای فیروئیدی، باعث جلوگیری از تماس و ارتباط جنین با اندومتريوم و رشد بعدی آن می‌گردد.

نقایص مربوط به اندازه و شکل رحم نیز می‌تواند منجر به ناباروری شود. گاهی اوقات شکل گیری غیر طبیعی رحم، بر اساس استفاده از داروهای مضر است که مادران در دوران حاملگی فرزند دختر خود مصرف نموده اند. یک مثال مشخص از این گونه نقایص، شکل بودن رحم و به میزان قابل توجهی کم بودن حجم رحم به دلیل مصرف داروی Diethylstilbestrol (DES) طی حاملگی مادر است. برخی از زنان قادر به تولید ترشحات با کیفیت مناسب در دهانه رحم (موکوس سرویکس) نیستند. این ترشحات معمولاً باعث عبور اسپرم از دهانه رحم و زنده ماندن آن می‌شوند. ترشحات غیر مناسب و مضر در اثر عفونت و نقص در وظایف فیزیکی و شیمیایی ترشحات مربوط، عارض می‌شود. گاهی جراحی و صدمات وارد به رحم نیز ممکن است باعث از بین رفتن غدد تولیدکننده موکوس دهانه رحم شود. در برخی موارد، زنان نسبت به اسپرم همسر خود پاسخ التهابی آلرژیک نشان می‌دهند یا آنتی بادی تولید می‌کنند که این آنتی بادی در موکوس دهانه رحم حضور دارد و با غیر متحرک کردن اسپرم از باروری تخمک جلوگیری می‌کند.

۲-۲- علل ناباروری مردان

تشخیص علل ناباروری مردان بسیار مشکل است. انسداد مجاری انتقال دهنده اسپرم، یکی از علل شایع این گونه ناباروری هاست. انسداد کامل، ممکن است به دلیل ابتلا به بیماری‌هایی باشد که از طریق ارتباط جنسی منتقل می‌شوند. اگر چه معمولاً امکان جراحی برای ایجاد ارتباط مجدد لوله‌های منی پس از انجام وازکتومی وجود دارد.

در برخی از افراد، خصوصاً در مواردی که از عمل وازکتومی بیش از ده سال گذشته باشد، فرد نابارور باقی می‌ماند. چرا که در خلال این مدت، تحریک سیستم ایمنی موجب ایجاد واکنش‌های ایمنی می‌شود که نتیجه آن، تولید آنتی بادی‌هایی است که سبب از بین رفتن یا غیر متحرک شدن اسپرم فرد می‌گردد.

از علل دیگر نازایی در مردان، واریکوسل است. واریکوسل به معنی جمع شدن خون در سیاهرگ‌های متسع شده اطراف بیضه‌هاست که به واسطه افزایش درجه حرارت در ناحیه اسکروتوم و بیضه‌ها و همچنین ایجاد یک سری ترکیبات مضر، تولید اسپرم طبیعی و فعال را مختل می‌کند. برای ایجاد اسپرم سالم در بیضه، درجه حرارت اسکروتوم بایستی چند درجه پایین‌تر از قسمت‌های دیگر بدن باشد. در وضعیت طبیعی و ایده آل، بیضه‌ها از حفره شکمی به داخل اسکروتوم سریعاً انتقال می‌یابند. برخی از مواقع، بیضه‌ها برای سال‌ها در داخل حفره شکمی باقی می‌مانند و به اسکروتوم منتقل نمی‌شوند. برای جلوگیری از صدمات جبران‌ناپذیر به بیضه‌ها (در صورت باقی ماندن در حفره شکمی) که نهایتاً منجر به ناباروری می‌شود، باید بیضه‌ها با عمل جراحی به داخل اسکروتوم منتقل شده و این عمل باید در اوایل

دوران کودکی و طی یک سال اول پس از تولد صورت گیرد. در برخی از موارد نادر، بیماری های ارثی، رشد غیر طبیعی بیضه ها یا لوله های انتقال دهنده منی، مصرف داروهای خاص یا مواد شیمیایی محیطی و همچنین شیمی درمانی در سرطان ها نیز باعث جلوگیری از تولید اسپرم یا نقص در عملکرد آن می شوند. مصرف داروهای نظیر DES در زنان حامله باعث ایجاد در برخی از مرد ها به دلایل ناشناخته، هورمون های محرک در تولید و ساخت اسپرم ناکافی است و این امر منجر به عدم وجود اسپرم در نمونه منی یا نمونه حاصل از بیوپسی بیضه می گردد.

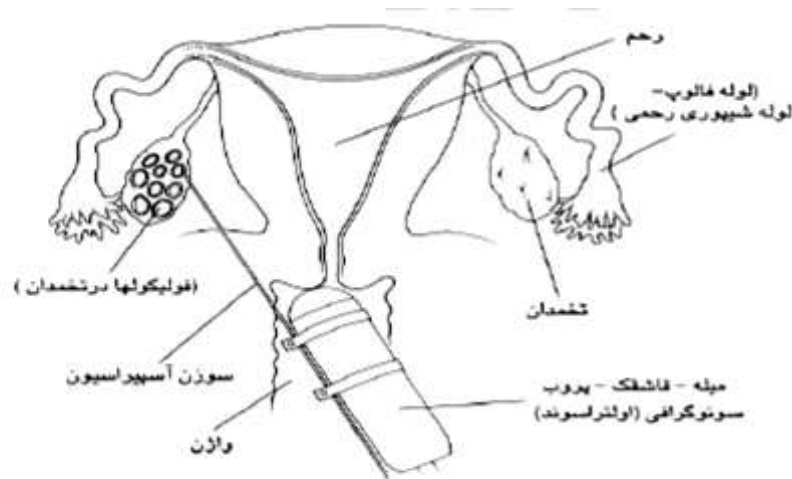
در حال حاضر، تشخیص علت اصلی ناباروری در ده درصد از زوج های نابارور، با روش های جاری ممکن نیست. این موارد تحت عنوان ناباروری های ناشناخته دسته بندی می شوند.

۸-۲- لقاح خارج رحمی

طی این روش کمک باروری، اسپرم مرد و تخمک زن در خارج از بدن، در محیط آزمایشگاه با هم ترکیب می شوند. اگر لقاح انجام گیرد، جنین حاصل را به رحم زن منتقل می کنند. جنین منتقل شده غالباً در رحم، کاشته شده و رشد می یابد. IVF در مورد نازایی با علت های مختلف کاربرد دارد. اصولاً این روش زمانی استفاده می گردد که لوله های رحمی زن، بسته شده، آسیب دیده یا وجود نداشته باشد. IVF امروزه برای درمان ناباروری به علت های اندومتریوز، عوامل مردانه، عوامل ایمونولوژیک یا ناباروری با علت نامشخص نیز کاربرد دارد. مراحل اصلی در سیکل های IVF شامل تحریک تخمک گذاری، برداشت تخمک، تلقیح، لقاح، کشت جنین و انتقال جنین است. طی تحریک تخمک گذاری، داروهای محرک تخمک گذاری، که داروهای باروری نیز نامیده می شوند، برای تحریک تخمدان ها به منظور تولید چندین تخمک بالغ (به طور معمول هر ماه یک تخمک از هر تخمدان آزاد می شود) به کار می روند. متخصصان IVF هم عقیده هستند که اگر بیش از یک تخمک لقاح یابد و به رحم منتقل گردد، احتمال حاملگی بیشتر خواهد بود. نوع دارو و مقدار آن بستگی به برنامه سیکل و بیمار دارد. داروهای تخمک گذاری غالباً طی یک دوره ۱۰-۷ روزه داده می شوند. داروها را ممکن است به تنهایی یا در ترکیب با هم استفاده کرد و پزشک می تواند مکانیسم اثر هر دارو و عوارض احتمالی آن را توضیح دهد.

در سیکل IVF تخمدان ها را به منظور کنترل رشد فولیکول ها و تعیین میزان تزریق هورمون ها مرتب با سونوگرافی، ارزیابی می کنند. بلوغ فولیکول ها تقریباً یک روز و نیم پیش از تخمک گذاری طبیعی اتفاق می افتد. در این موقع hCG تزریق می شود Hcg جایگزین افزایش شدید هورمون LH است و منجر به القای تخمک گذاری حدوداً ۳۶ ساعت بعد می گردد. این امر به تیم تخصصی IVF اجازه می دهد که زمان مناسب آسپیراسیون تخمک را تعیین کنند. برداشت تخمک به دو روش صورت می گیرد. اولین

روش، آسپیراسیون فولیکول با راهنمای سونوگرافی از طریق واژن است. این روش، جراحی سرپایی محسوب شده و با استفاده از داروهای ضد درد صورت می‌گیرد. پروب سونوگرافی، داخل واژن گذاشته می‌شود پروب واژینال، امواج صوتی با فرکانس بالا ایجاد می‌کند و ارگان‌های لگنی را در صفحه مانتور به تصویر می‌کشد. هنگامی که فولیکول‌های بالغ در تخمدان‌ها دیده شدند، پزشک سوزن مخصوص را از طریق واژن به فضای لگنی و داخل فولیکول‌ها هدایت می‌کند و تخمک‌ها با ساکشن کشیده می‌شوند.



یافتن تخمکها معمولا از طریق واژن و به وسیله یک سوزن راهنمای سونوگرافی صورت می‌گیرد.

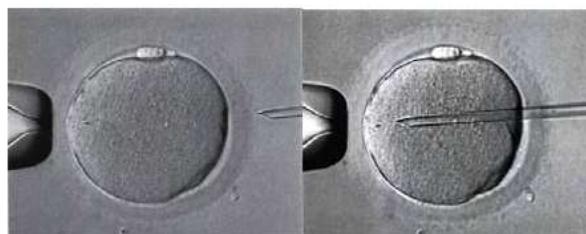
شکل ۱-۲

لاپاروسکوپی روش قدیمی و کمتر شایع برداشت تخمک‌ها است. لاپاروسکوپی، نوعی روش جراحی است که معمولا نیازمند بیهوشی عمومی است. جراح در اتاق عمل، لاپاروسکوپ را که لوله‌ای بلند و باریک مشابه تلسکوپ است، از طریق یک شکاف از زیر ناف وارد شکم می‌کند. جراح، داخل شکم را از میان لاپاروسکوپ نگاه می‌کند. و سوزن را به داخل فولیکول‌های تخمدان هدایت کرده و تخمک‌ها و مایع فولیکولی از طریق لاپاروسکوپ آسپیره می‌شود. تخمک‌ها پس از آسپیراسیون در آزمایشگاه جنین‌شناسی، از نظر درجه بلوغ، کنترل می‌شوند. درجه بلوغ تخمک، زمان تلقیح یا اضافه کردن اسپرم به آن را تعیین می‌کند. تلقیح را می‌توان بلافاصله پس از جمع‌آوری تخمک‌ها، یا پس از چند ساعت انجام داد. در آزمایشگاه اسپرم از مایع منی جدا می‌شود.

چندین روش شستشو برای جداسازی اسپرم‌های با تحرک عالی از اسپرم‌های کم تحرک، بی حرکت یا مرده وجود دارد. اسپرم‌های متحرک در ظرف‌های آزمایشگاهی، حاوی محیط کشت IVF روی

تخمک ها ریخته می شوند. این ظرف در محیط انکوباتور با درجه حرارت مشابه بدن زن نگهداری می شود.

در مواردی که تعداد اسپرم بسیار کم است، تکنیک مخصوص میکرواینجکشن (Intracytoplasmic Sperm Injection-ICSI) به کار می رود.



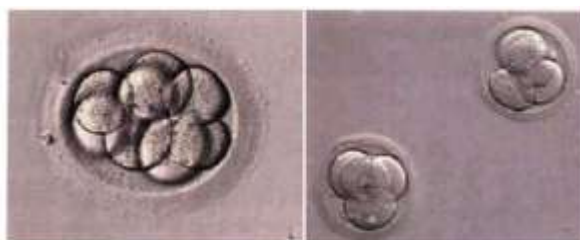
شکل ۲-۲

این روش ها نسبتاً جدید بوده و در همه مراکز لقاح خارج از رحمی، به طور معمول اجرا نمی شود. موفقیت این روش ها وابسته به خصوصیات مایع منی و تجربیات گروه پزشکی است. حدوداً ۱۸ تا ۱۶ ساعت بعد از میکرواینجکشن، لقاح کامل می شود و دو پیش هسته در داخل تخمک مشاهده می شود که ۶ این وضعیت زایگوت (تخم) نامیده می شود.



شکل ۳-۲

حدود ۳۰ ساعت پس از لقاح، تخمک لقاح یافته به ۲ سلول تقسیم می گردد و رویان نامیده می شود. رویان، طی کشت، چندین تقسیم سلولی انجام می دهد. پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت، جنین ۴ تا ۱۲ سلولی آماده انتقال به رحم زن می شود.



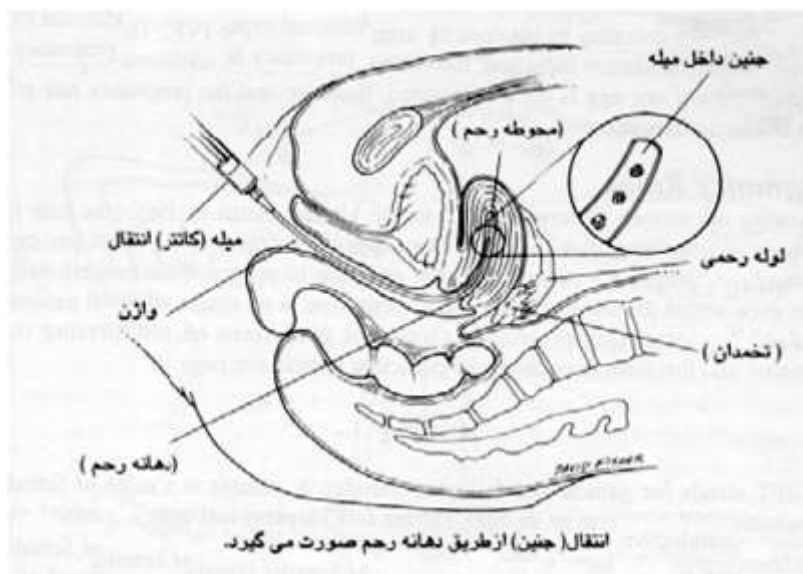
شکل ۴-۲

Hatching آزمایشگاهی جنین، تکنیک جدید دیگری است برای زنانی که در سیکل های قبلی IVF حامله نشده اند یا مسن هستند. در این روش، پس از لقاح، زونا پلوسیدا با مواد شیمیایی یا مکانیکی و یا به وسیله لیزر برش داده و نازک می شود تا آزاد شدن جنین از آن راحت تر صورت گیرد. این روش در بعضی از موارد به کاشته شدن جنین در رحم کمک می کند.



شکل ۲-۵

قدم بعدی در مسیر IVF انتقال جنین حاصل به داخل رحم است که به صورت سرپایی صورت می گیرد و معمولاً نیازی به بیهوشی ندارد. زن در وضعیت معاینه قرار می گیرد و پزشک با گذاشت ناسپکولوم واژینال، دهانه رحم را می بیند. جنین شناس، یک یا چند جنین را به داخل کتر می کشد و سپس به آهستگی این کتر را از میان سرویکس عبور داده و جنین ها را به داخل رحم منتقل می کند. بعضی از پزشکان استراحت چند ساعته ای را پس از انتقال توصیه می کنند. جنین های اضافی را می توان منجمد کرد تا در سیکل های عدی منتقل گردند.



شکل ۲-۶

فصل سوم: اهداء گامت و باروری مصنوعی و حق باروری زوجین از منظر اخلاقی

۱-۳ مقدمه

فلسفه اخلاق، به بیانی ساده، دانشی درباره معنا و مبنای مفاهیم اخلاقی است. این مفاهیم دربرگیرنده عموم عبارتها و کلمه‌هایی است که زبان اخلاقی را تشکیل می‌دهند. فلسفه اخلاق بر آن است که کاربرد صحیح این زبان و مفاهیم موجود در آن را نشان دهد و تنظیم آن را بر عهده گیرد. همچنین، شناخت بنیادهای مفاهیم اخلاقی و غایت‌ها و اصول فعل اخلاقی بر عهده فیلسوفان اخلاق است. فیلسوفان اخلاق برای انجام وظایف پیش گفته، اقسام تفکر درباره اخلاق را به صورتهایی مختلف سازمان داده‌اند. از جمله، آنان اخلاق را شامل علم اخلاق، نظریه‌های اخلاقی و فلسفه اخلاق میدانند. علم اخلاق دربرگیرنده روانشناسی و جامعه‌شناسی اخلاق است. مسئله اهدای جنین به منزله یکی از کاربردهای فناوری در عرصه تولید مثل انسانی، یکی از مسائل کاربردی اخلاق است که البته به طور خاص، از مسائل «اخلاق زیستی» شمرده میشود، دانشی که مسائل کاربردی اخلاق را با توجه به تحولات بیوتکنولوژیک بر می‌رسد (خدا پرست، ۱۳۹۰).

ناتوانی‌های جنسی و عدم امکان باروری یکی از نگرانی‌هایی بوده که همواره در طول تاریخ، زندگی شخصی و اجتماعی آدمیان را تحت تأثیر قرار داده است. این نگرانی هم اینک به کمک انواع مختلفی از تلقیح مصنوعی به طور عمده کاهش یافته است. تلقیح مصنوعی، پدیده‌ای نوین است که می‌تواند موانع بارداری را مرتفع و در تولید نسل به زوجین کمکی شایان کند.

آشکار است که رفع این موانع تا چه حد در سلامت روحی، حفظ نزدیکی عاطفی زوجین و بقای بنیاد خانواده مؤثر است. اهدای گامت یا جنین از فناوری‌هایی است که برای درمان برخی بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد.

گامت، به سلول جنسی نر (اسپرم) یا ماده (تخمک) گفته می‌شود و بنابراین «اهدای گامت» شامل اهدای اسپرم یا تخمک است. اهدای اسپرم آنگاه در مورد زوجی صورت می‌گیرد که شوهر به علت اختلال ژنتیکی یا عواملی محیطی چون شیمی درمانی و پرتو درمانی، فاقد اسپرم توانا برای بارور ساختن تخمک باشد. اهدای تخمک نیز آنگاه اعمال می‌شود که زن به علت فقدان تخمدان، نارسایی زودرس تخمدان، شیمی درمانی یا پرتو درمانی قادر به تولید تخمک نباشد. در این شرایط، زن می‌تواند داوطلب دریافت تخمک زن دیگری باشد. اما اهدای جنین در شرایطی مورد استفاده قرار می‌گیرد که هر دو طرف، دچار مشکلاتی مانند فقدان اسپرم یا تخمک سالمند. راه حل پزشکان برای این معضل، استفاده از جنین اهدایی است. جنین اهدایی، حاصل ترکیب اسپرم و تخمک زوج دیگری است که پس از لقاح و تقسیم‌های اولیه و حداکثر پس از چهار روز از زمان لقاح به رحم زن نابارور منتقل می‌شود. آشکار است که در اهدای گامت و جنین، کودک حاصل با یکی از طرفین یا هر دو طرف زوج، پیوند بیولوژیک ندارد؛ در اهدای اسپرم، مرد و در اهدای تخمک، زن غایب است؛ در اهدای جنین هر دو طرف به لحاظ بیولوژیک غایبند (خدا پرست و همکاران، ۱۳۸۹).

۲-۳- حق باروری زوجین نابارور

یکی از علل تنوع و تکرر کاربرد حق، غنای معنایی و قدرت اقناعی آن است. حق، ادعایی تضمین شده و حاکم از سوی فرد است که مدعی، به جد، خواهان تحقق و حاکمیت آن بر دلایل متکی بر ادعاهای جمعی، از جمله ادعاهای سودانگاران، است. حق مبتنی بر دو عنصر اساسی است که برخاسته از ویژگی‌های تشکیل دهنده شخصیت یا انسانیت انسان است. در حقیقت، حق در جایی مطرح می‌شود که هسته اصلی انسانیت او و وجه تمایزش با دیگر موجودات در خطر قرار می‌گیرد. آن دو عنصر یادشده عبارتند از: «کرامت ذاتی و فاعلیت اخلاقی» (راسخ، ۱۳۸۶ ش، ص ۲۵۱) هر اقدام و ادعایی که به نحوی این عناصر برآمده از شخصیت آدمی را خدشه دار سازد، از دیدگاه نظریه حقی که در اینجا بر گرفته و توجیه شده، محکوم است. از سوی دیگر، هیچ ادعا یا اقدامی که ارتباط وثیقی با این عناصر مبتنی بر شخصیت انسان ندارد، نباید تحت عنوان حق توجیه گردد. حق، ایده و نهادی است که ارزش‌های اساسی موجود انسانی، یعنی کرامت ذاتی و فاعلیت اخلاقی او را پاسداری می‌کند (دور کین، ۱۳۸۱ ش، صص ۶۵-۵۷).

بحث از اهدای گامت و جنین گاهی مربوط به زن و شوهر است و گاهی مربوط به افراد مجرد. در بحث اول، گاهی زن به دلیل نداشتن تخمدان یا وجود مشکلی همزمان در رحم از تولید تخمک ناتوان است. بنابراین برای بارداری، یا فقط نیازمند تخمک اهدایی است (صورت اول)، یا نیازمند تخمک اهدایی و رحم استیجاری یا ترکیبی از رحم استیجاری و رحم خویش است (صورت دوم). در شرایطی که اشکالی در اسپرم مرد موجب نازایی باشد، با اهدای اسپرم از سوی مردی دیگر، بارداری به سه صورت در رحم همسر یا در رحم استیجاری یا به صورت ترکیبی حاصل می شود (صورت سوم و چهارم) و صورت پنجم این است که اسپرم و تخمک هر دو از افراد بیگانه باشند و در نهایت از طریق رحم همسر یا رحم استیجاری باروری حاصل شود و صورت ششم این که حاصل باروری به زوجین اهدا شود (شهریاری، ۱۳۸۶).

۳-۳- منظر اخلاق

فاعلیت اخلاقی که از دیگر ارزش های انسانی است بر حاکمیت همه انسانها بر سرنوشت خود دلالت دارد. این حاکمیت، تبلور اختیار و خود آگاهی و در مجموع شعور آدمی است. فاعلیت اخلاقی نیز مانند کرامت انسانی مبتنی بر اختیار و خود آگاهی است. انسانی توان اعمال فاعلیت اخلاقی و انتخاب میان گزینه های متنوع پیش رو را دارد که مختار و خود آگاه باشد. فاعلیت بدون خود آگاهی، بی معنا است و اخلاق بی اختیار، متناقض است. اینها شروط تحقق فاعلیت اخلاقی هستند با این حال، فاعلیت اخلاقی برای اینکه معنای کاملی افاده کند، خود، حاوی سه جزء است. استقلال، آزادی و منابع استقلال به معنای خوآیین بودن فرد است. کسی نمی تواند به نحو قیم مأبانه ای برای فردی مختار و خود آگاه تصمیم گیری کند زیرا در این صورت استقلال او را که جزء ضروری فاعلیت اخلاقی و بنابراین انسانیت او است زیر پا نهاده است. اگر فرد نتواند به اختیار خود تصمیم گیری کند و سرنوشت خود را رقم زند، اخلاقی بودن افعال او مورد تردید قرار می گیرد (راسخ، ۱۳۸۴ش، صص ۴۱-۳۹).

همچنین، استقلال، مستلزم آزادی است زیرا تصمیم گیری بر اساس خود آیینی نیازمند فضایی است که در آن فرد، بی دخالت وجود یا قواعد دیگری، انتخاب کند و مانعی بر سر راه متحقق ساختن تصمیمات او وجود نداشته باشد. انتخاب، خود، جزء ضروری سومی را در پی می آورد که وجود منابع است. فرد برای اعمال تصمیم خود، نیازمند حداقل منابع و مواد است. سخن این نیست که همه، در داشتن همه چیز، محققند؛ سخن این است که نبود اقلی از منابع و وسایل، امکان فاعلیت فرد را منتفی می سازد. زیرا در این صورت هیچ ماده ای وجود نخواهد داشت که صورت فاعلیت او بر آن اعمال شود. در ادامه روشن خواهد شد که حق داشتن حداقل منابع، تنها شامل منابعی می شود که فقدان آنها، عناصر اساسی

هویت انسانی را در مخاطره می‌افکند. از نکات فوق به روشنی بر می‌آید که انسانی را می‌توان شخص نامید که وجودش بر اساس دو ارزش کرامت ذاتی و فاعلیت اخلاقی مورد حمایت قاطع و کامل قرار می‌گیرد. اینک اضافه و تأکید می‌کنیم که هیچ ابزاری مانند حق نمی‌تواند این شخصیت انسانی را از انواع تعرض مصون بدارد (اسنونی، ۲۰۱۰).

ایده و نهاد حق، ایده و نهادی بی‌بدیل است که اگر به منظور حفظ کرامت ذاتی و فاعلیت اخلاقی شخص طرح شود، به تعبیر دور کین دلیل حاکم یا برگ برنده‌ای در اختیار اوست که بر هر ادعای دیگری حاکمیت دارد بر این اساس، هر مطلوب و آرزوی نیکویی را نمی‌توان با ایده حق پی گرفت (دور کین، ۱۳۸۱ش، ص ۵۷).

۴-۳- بررسی امکان خرید، فروش و یا اهدای جنین و یا گامت

فروش انسان آزاد و نیز اهدای او به انسان دیگری در شرایط حاضر، مخالف فقه و اخلاق اسلامی است. بنابراین هیچکس نمیتواند جنینی را که در آن روح دمیده شده بفروشد یا هدیه دهد. هر چند فرض شود که این جنین در انکوباتور یا چیزی مانند آن به این مرحله رسیده باشد. چون او انسانی آزاد است و فروش یا اهدای آن خلاف اخلاق اسلامی است، چون شأن او را به سرحد یک کالا تنزل می‌دهد. از سوی دیگر فروش و اهدای جنین قبل از این مرحله نیز فروش یا اهدای انسان محسوب نمیشود. چون هویت انسانی هنوز شکل نگرفته است و موضوع صادق نیست. اما آیا وجود احترام نسبی برای جنین قبل از دمیده شدن روح، آن گونه که از روایات باب دیات بر می‌آید، موجب نمیشود که فروش یا اهدای آن را نیز چون بهرهای از انسانیت دارد منع کنیم؟ به این بحث بیشتر خواهیم پرداخت. اصولاً وجود دیه برای یک شیء هر چه باشد، نشان از آن دارد که آن شیء لاقلاً بخشی از وجود انسان را تشکیل داده است. اگر دیوار کسی را به ظلم و زور خراب کنند، ضامن آن هستند و باید پول آن را بپردازند ولی در فقه اسلامی به این نوع حرمت که برای مال افراد قائلیم اطلاق دیه نمیشود. ولی اگر به یک انسان صدمهای وارد کنند، اطلاق «دیه» و «جنایت» میشود (همدانی، ۱۳۹۰).

۵-۳- لزوم حفظ نسب

یکی از ضوابط شرعی که باید در باروری مصنوعی رعایت شود، حفظ نسب کودک است. نسب در آیه ۵۴ سوره مبارکه فرقان به عنوان یکی از نعمت های الهی و منت هایی که خدا بر بشر نهاده، محسوب شده است. در قرآن کریم، برای حفظ نسب، در آیه ۳۲ سوره اسراء نزدیک شدن به زنا حرام اعلام شده و حکم حرمت به راه بد بودن زنا توجیه شده به اختلاط نطفه اشخاص و در نتیجه به اشتباه نسب تفسیر شده است. به عنوان مثال حضرت امیر المومنین (ع) فلسفه اجتماعی حرمت زنا را حفظ نسب اعلام کرده اند (صبحی الصالح، بیتا: ۵۱۲) و اکثر مفسران نیز در تفسیر آیه معتقدند: یکی از وجوه حرمت زنا اختلاط نسل است (شیخ الطائفه، ۱۴۲۷، ج ۶: ۴۷۵؛ مکارم شیرازی، ۱۳۶۹، ج ۲۲، ۱۰۲) (چون موجب بر هم زدن انساب و رشته خانوادگی است که با گسترش زنا، دیگر جایی برای احکام نکاح و ارث باقی نمی ماند (رک: علامه طباطبایی، ۱۳۶۸، ج ۱۳: ۱۲۲).

همچنین در آیات ۳-۴ سوره مبارکه احزاب برای رعایت ضابطه حفظ نسب، فرزندخواندگی غیر مشروع اعلام شده است، زیرا در این آیات فرزند خواندگی نوعی گناه محسوب شده و واضح است که فلسفه حرمت آن، انتساب فرزند به غیر والدین طبیعی است و هدف اصلی قانون باروری که تعبیر به اهدا شده، انتساب عرفی فرزند به زوجین دریافت کننده یا زوجین نابارور است و در نتیجه این عمل، فرزند حاصل از نطفه انتقال دهنده، عرفاً به مردی منتسب میشود که همسر او آن را دریافت کرده، در حالی که آیات ۳-۴ سوره مبارکه احزاب چنین امری را نامشروع اعلام کرده، زیرا در آیه ۳ اعلام شده است: خداوند فرزندخواندگان را فرزندان شما قرار نداده است، این قول دهانی شماست و خدا حق می گوید و به راه درست هدایت می کند. در آیه ۴ نیز خطاب شده است: آنان فرزندان را به پدرانشان نسبت دهید و این انتساب در نزد خداوند عادلانه تر است. اگر پدرانشان را نمی شناسید، آنان برادران دینی و دوستان شمايند. بر شما گناهی نیست در آنچه اشتباه و خطا کرده اید، ولی آنچه را عمداً انجام داده اید. مفسران معتقدند: در قرآن انتساب فرزند به پدر طبیعی، به عدالت تعبیر شده که خلاف آن ظلم است (شیخ الطائفه، ۱۴۲۷، ج ۸: ۳۱۴ به بعد؛ علامه طباطبایی، ۱۳۶۸، ج ۱۶: ۴۱۲؛ مکارم شیرازی، ۱۳۶۹، ج ۱۷: ۱۹۷ به بعد) این آیات از چندین جهت ظاهر در حرمت انتساب فرزند به غیر صاحب نطفه و لزوم حفظ نسب طبیعی است:

نخست اینکه عبارت: خداوند فرزندخوانده را فرزند طبیعی شما قرار نداده بر این دلالت دارد که خداوند به انتساب فرزند به غیر صاحب نطفه راضی نیست و به حفظ نسب طبیعی راضی است.

دوم اینکه از عبارت: این حرف دهانی شماست و خداوند حق می گوید «استنباط می شود که انتساب فرزند به غیر صاحب نطفه، باطل و بی اعتبار است، زیرا قول حق که قول خداوند است، فرزند را به پدر طبیعی منتسب کرده و حرمت قول باطل از واضحات است. سوم اینکه امر شده فرزند به صاحب نطفه

انتساب شود و اگر پدر او معلوم نباشد، برادر دینی محسوب شود، واضح است که چنین امری ظاهر در وجوب است.

چهارم اینکه انتساب فرزند به پدر طبیعی، عدالت محسوب شده است و اگر به دیگری منتسب شود، ظلم است که زشتی و حرمت ظلم در حقوق اسلام، از مسلمات است.

پنجم اینکه انتساب فرزند به دیگری جهلا یا به فراموشی، گناه محسوب نشده ولی انتساب عمدی آن، گناه محسوب شده است.

پس، این آیات به جهات متعدد ظاهر در لزوم حفظ نسب و حرمت انتساب فرزند به غیر صاحب نطفه است که هدف انتقال جنین محسوب می شود. به همین دلیل صاحب نظران نسب را حق والدین و کودک محسوب کرده اند که نه والدین حق دارند آن را از خود نفی کنند و نه فرزند حق دارد که خود را به دیگران منتسب کند (ابوزهرة، ۲۰۰۵: ۳۸۷) علاوه بر این حفظ نسب از لحاظ اجتماعی نیز موجب ثبات و استحکام خانواده می شود (زهیلی، ۱۴۰۹، ج ۷: ۶۷۳) همچنین موجب حفظ حقوق کودک (همان: ۸۲۵) و نظم اجتماعی و اخلاقی است که با حفظ نسب، از زنا یا ازدواج با محارم نسبی ممانعت می شود. با توجه به این ضابطه الزامی باید دید که آیا در فرض باروری قانونی، نسب کودک حفظ می شود که لازم است رابطه کودک با هر یک از زوجین دریافت کننده بررسی شود.

۳-۶- نسب پدری

هر چند از ظاهر قانون باروری مصنوعی، متبادر است که نطفه یا جنین به زوج نابارور منتقل و در نتیجه از لحاظ حقوقی، دارای فرزند یا پدر می شود، با توجه به اینکه خانواده و رابطه زوجین از موضوعات احوال شخصیه است که تابع قانون و مقررات مذهبی خواهد بود (باریکلو، ۱۳۸۷: ۳۵) در مقررات حقوق اسلام، کودک به مرد صاحب نطفه ملحق است و به مردی که همسر او به دریافت جنین اقدام کرده است، ملحق نمی شود (موسوی خمینی، ۱۳۹۰: ۶۲۲؛ فاضل لنکرانی، ۱۳۸۷: ۶۰۳؛ صدر، ۱۴۲۷: ۲۰۷؛ شهیدی، ۱۳۷۵: ۱۴۷؛ سرطاوی، ۲۰۰۷: ۵۹)

پس با توجه به هدف قانون باروری که عبارت از فرزنددار شدن زوجین نابارور است و نیز اجماع صاحب نظران بر الحاق فرزند به مرد صاحب نطفه، قانون باروری مصنوعی با مانع ضابطه لزوم رعایت حفظ نسب مواجه می شود، زیرا محرمانه بودن هویت زوج صاحب نطفه و شناسایی پذیر نبودن آنها توسط کودک و عرف که در ماده ۳ آیین نامه قانون نحوه اهدای جنین مقرر شده است: احراز هویت زوجین اهداکننده باید به صورت کاملاً محرمانه انجام شود و در بند ۶ ماده ۶ نیز مقرر شده است: دریافت، نگهداری و انتقال جنین باید در شرایط کاملاً محرمانه باشد. موجب اختلاط نسب است (فاضل لنکرانی، ۱۳۸۷: ۱۱۱) که مغایر با ضابطه شرعی لزوم حفظ نسب است.

علاوه بر این، موجب اغوای زوج دریافت کننده است، زیرا اگر او مسلمان باشد، اثری بر این انتقال مترتب نیست و کودک به او ملحق نمی شود و اقتضای ضوابط شرعی در این است که پزشک بارور کننده موضوع را به زوج در هنگام بارور کردن تذکر دهد تا با علم، به دریافت جنین رضایت دهند، زیرا از دیدگاه ضوابط شرعی، پزشک امین محسوب می شود و ویژگی بارز هر امینی، صداقت و اطلاع رسانی صحیح است. به همین دلیل حتی در حقوق کشورهای غیراسلامی نیز، پزشک به این تکلیف موظف شده است. به عنوان مثال در ماده ۲-۱۱۱۱ قانون بهداشت و درمان فرانسه مقرر شده: «هر کس حق دارد.

که در مورد سلامتی اش آگاه باشد. این اطلاعات مربوط به تحقیقات مختلف، درمان یا پیشگیری هستند که انجام آن به بیمار پیشنهاد شده، سودمندی و اثربخشی آن، احتمالات و عوارض ضروری آن، پیامدهای آن، خطرات معمولی یا قابل پیش بینی و همچنین راه حل های امکان پذیر دیگر و عواقب احتمالی امتناع از آن. همچنین بعد از اقدامات درمانی، اگر خطر جدیدی حادث یا شناسایی شود، بیمار باید مطلع گردد، مگر در مواردی که او از مطلع شدن ناتوان باشد. «همچنین در ماده ۲۰-۳۱۱ قانون مدنی فرانسه در ارتباط با باروری مصنوعی، مقرر شده است: «دریافت کنندگان باید به آگاهی خود نسبت به این عمل که والدین کودک محسوب می شوند، اظهار کنند. از آنجایی که در حقوق فرانسه نسب قانونی و شناسایی شده و فرزندخواندگی، قانونی است، دریافت کنندگان والدین کودک محسوب شده اند، ولی قانون آنان را الزام کرده است که در دادگاه یا در دفتر اسناد رسمی به علم و اطلاع خود نسبت به موضوع و مسئولیت ناشی از آن اقرار کنند.

پس، مطلع شدن از عواقب درمان، از حقوق بیمار و تعهدات پزشک است و در حقوق ایران که مطابق اجماع فقها و نظر حقوقدانان، کودک به مرد دریافت کننده ملحق نمی شود، لازم است مراکز باروری موضوع را اطلاع رسانی کنند تا از طرفی، زوج با علم به موضوع، به دادن رضایت اقدام کنند و از طرف دیگر، به حقوق کودک صدمه ای وارد نشود زیرا ممکن است مرد دریافت کننده بعد از اطلاع از این موضوع که کودک متولد شده از لحاظ شرعی فرزند او محسوب نمی شود، از تعهدات خود نسبت به کودک خودداری کند و در این فرض، شرعا هیچ دلیلی وجود ندارد که او به رعایت حقوق کودک ملتزم شود و حتی به استناد قاعده غرور او می تواند علیه مرکز باروری اقامه دعوی کند. در نتیجه، علاوه بر لزوم صداقت پزشک از حیث ضوابط شرعی، لازم است از حیث حمایت از حقوق کودک و جلوگیری از اقامه دعوی، اطلاع رسانی شود. به همین دلیل در ماده ۲۰-۳۱۱ قانون مدنی فرانسه، به این مهم اشاره شده است که دریافت کنندگان باید اقرار کنند که حقوق کودک را رعایت می کنند و هیچ گونه دعوای مسئولیت مدنی از این حیث نخواهند داشت. بر بنابرین، یکی از ضوابط شرعی باروری که عبارت است از حفظ نسب، در فرض قانونی انتقال جنین، باید رعایت شود، زیرا کودک انتقال یافته به

نظر اجماع تمام صاحب نظران به مرد صاحب نطفه متعلق است (خویی، ۱۹۹۲: ۴۲۸؛ فاضل لنکرانی، ۱۳۸۷، ج ۲: ۶۰۲؛ خامنه ای، ۱۳۸۷، ۳۰۴) در حالی که در عمل به نام مردی که زوجه او دریافت کننده است، ثبت نام می شود.

به نظر می رسد اولاً باید به زوج دریافت کننده عدم الحاق شرعی طفل به او اطلاع رسانی شود؛ ثانیاً هویت زوج انتقال دهنده کاملاً معلوم، نگهداری شود تا کودک در بزرگسالی بتواند به آن دسترسی داشته باشد، چون در جامعه ایران با توجه به اعتقاد دینی اشخاص، اگر زوج از این موضوع مطلع شود، اغلب به دریافت جنین رضایت نمی دهد، زیرا او به دادن رضایت و تحمل هزینه سنگین باروری اقدام می کند تا پدر شود و اصولاً پدر شدن حق طبیعی هر مردی است. اگر این عنوان منتفی شود، او می تواند با پذیرش کودک بی سرپرست و به عهده گرفتن سرپرستی او، از اجر معنوی برخوردار شود و مشکلی را از جامعه حل کند. در نتیجه، علاوه بر لزوم حفظ نسب، لازم است که طبق ضوابط شرعی به زوج اطلاع رسانی شود که جنین انتقال یافته از لحاظ شرعی به او منتقل نشده و فرزند او محسوب نمی شود، چون اخلاق حرفه پزشکی اقتضا دارد که پزشک عواقب بیماری را به بیمار متذکر شود و این مهم در حقوق اسلام) که هدف آن کمال اخلاق حسنه محسوب می شود (ضروری تر است. افزون بر این، دادستانی نیز از حیث حفظ ارزش های اجتماعی مسئول است تا موضوع را به هر دو زوج اطلاع رسانی کند تا حداقل آگاهانه به چنین امر مهمی اقدام کنند.

۷-۳- نسب مادری

در رابطه با اینکه آیا زوجه و زن دریافت کننده، مادر کودک محسوب می شود و چه ارتباطی با او دارد، برای تعیین مادر کودک چندین ملاک مطرح شده است. نخستین ملاک قصد طرفین است که اگر دو گروه زوجین انتقال دهنده و دریافت کننده، هر کدام مدعی تعلق فرزند به خویش باشند، فرزند به زنی تعلق خواهد گرفت که باروری به قصد فرزنددار شدن او انجام شده است (لوفر - یوکلس، ۲۰۰۳: ۹۳ این ملاک اصولاً در سیستم حقوقی کشورهای شناسایی شده است که فرزند خواندگی را قبول کرده اند، ولی در حقوق اسلام که فرزندخواندگی شناسایی نشده، پذیرش آن غیرموجه است. در حقوق اسلام صاحب نظران اصولاً برای تعیین نسب مادری، به عوامل طبیعی استناد کرده اند. اکثر صاحب نظران معتقدند: ملاک مادر بودن، صاحب تخمک بودن است و کودک به زنی متعلق است که از تخمک او کودک وجود پیدا کرده است (بهجت، ۱۳۸۶: ۷۷؛ خامنه ای، ۱۳۸۴: ۳۰۴، حسینی، ۱۴۲۳: ۲۰۶؛ قبله‌ای خویی، ۱۳۸۷: ۱۹۵) پس، بر مبنای این ملاک، از لحاظ حقوقی، کودک به زن حامل منتقل نشده و او مادر کودک محسوب نمی شود که ظاهر ماده ۳ قانون نیز در این ملاک است، چون مقرر شده: «وظایف و تکالیف زوجین اهدا گیرنده جنین و طفل متولد شده، از لحاظ نگهداری و

تربیت و نفقه و احترام، نظیر وظایف و تکالیف اولاد و پدر و مادر است. در این ماده زن حامل، مادر کودک محسوب نشده، بلکه وظایف مادر قانونی برای او مقرر شده، که همین حکم در ماده ۱۱ قانون سرپرستی ۱۳۵۳ برای زوجین سرپرست پیش بینی شده است.

علاوه بر این، امروز در علم ژنتیک ثابت شده است که زن دریافت کننده نقشی در هویت کودک ندارد و رحم او ظرفی برای رشد جنین است، همان طوری که جنین در رحم مصنوعی نیز امکان رشد و نمو دارد. به عنوان مثال در پرونده ای خانم باسیتو یک ماه قبل از ازدواج تحت عمل جراحی برداشت رحم قرار گرفت. پزشکان تخمدان او را بارور و قابل تولید تخمک می دانستند. او با خواهر بزرگ خود کارل کلارک توافق کرد که بعد از باروری مصنوعی تخمکش با اسپرم شوهرش آنتونی، نطفه به رحم کلارک انتقال یابد. طبق قانون ایالت اوهایوی آمریکا، کودک باید به نام زن دریافت کننده یا حامل ثبت شود. بعد از وضع حمل، خانم باسیتو اقامه دعوی کرد و خواهان ثبت کودک به نام خود و شوهرش به عنوان والدین طبیعی شد. دادگاه با تقاضای او موافقت و استدلال کرد: کودک به والدینی تعلق می گیرد که دارای رابطه خونی با او باشند و در فناوری جدید، رابطه خونی مساوی و معادل با رابطه ژنتیکی است. مستند رأی دادگاه، شهادت آقای شیپان به عنوان متخصص علم ژنتیک بود. او شهادت داد که از لحاظ علمی، رحم زن دریافت کننده یا جانشین، فقط نقش تغذیه و دفع فضولات از سیستم بدن جنین را دارد و هیچ رابطه ژنتیکی و خونی بین کارل، یعنی زن دریافت کننده و کودک وجود ندارد و او در تکوین دی. ان. ای شراکتی نداشته است که نسب کودک به او منتسب شود (جانسون، ۱۹۹۲: ۹).

بنابراین، با توجه به اینکه در علم ژنتیک ثابت شده است که رحم زن دریافت کننده، در حکم رحمی مصنوعی است و هیچ نقشی در هویت کودک ندارد و با توجه به اینکه اکثریت قریب به اتفاق فقها، زن حامل را مادر کودک نمیدانند (صمدی اهری، ۱۳۸۶: ۴۷ به بعد) لازم است از این حیث به زن متقاضی دریافت نیز اطلاع رسانی شود که مثلاً مطابق فتوای مشهور با نام بردن از تک تک مراجع صاحب فتوا، کودک به شما ملحق نمی شود، چون این خلاف موازین شرعی است که زنی به امید مادر شدن انواع زیانهای شخصی و حیثیتی و درد و رنج ناشی از حاملگی و زایمان را متحمل شود و بعد از آن متوجه شود که کودکی که آن را حمل کرده است، شرعاً فرزند او محسوب نمی شود (جعفری و همکاران، ۱۳۹۲).

با این حال، اقلیت معدود دیگری، ملاک تعیین مادری را وضع حمل دانسته اند و زن دریافت کننده را مادر کودک محسوب کرده اند که مستند آنان، ظهور آیه شریفه است که می فرماید: مادران آنها زنانی نیست مگر کسی که آنان را وضع حمل کرده است (خویی، ۱۹۹۲، ج ۳: ۹۰؛ محسنی، ۱۳۸۲: ۹۰؛ حاج علی، ۱۴۳۱: ۳۷۸) به نظر میرسد آیه شریفه منصرف از موضوع بحث است، زیرا آیه در مقام تعیین مادر

شخص از میان زنان متعدد نیست، بلکه در مقام رفع و دفع ظاهر است که شخص، همسر خود را مادر خطاب کرده است. به هر حال بعضی به استناد ظاهر آیه، ملاک زایمان و وضع حمل را برای تعیین مادری انتخاب کرده اند که بر مبنای این ملاک، کودک به زن دریافت کننده الحاق و از لحاظ شرعی، کودک از زن صاحب تخمک به زن حامل منتقل می شود. بعضی دیگر بین دو ملاک مذکور جمع و مادر را به دو نوع شرعی و عرفی تقسیم کرده اند و زن دریافت کننده را مادر عرفی و زن صاحب تخمک را مادر شرعی کودک محسوب کرده اند (موسوی اردبیلی، بی تا، شماره ۷۸۲۵؛ فاضل لنکرانی، ۱۳۸۷: ۶۰۳) با توجه به اینکه مادری یا فرزندی از موضوعات عرفی است و شرعی نیست، این تقسیم از لحاظ موضوع عرفی با مشکل مواجه است. بر مبنای این ملاک نیز، از لحاظ قواعد حقوقی کودک به زن صاحب تخمک منتسب است و زن دریافت کننده نیز مادر عرفی محسوب می شود. واضح است که در تعارض با اصول شرعی و عرفی، شرع حاکم است و بر مبنای این نظریه نیز، کودک شرع به زن صاحب تخمک منتسب است، ولی زن حامل در حکم مادر رضاعی است یعنی همان گونه که مادر و فرزند رضاعی نسبت به هم محرم هستند و ازدواجشان با هم حرام است، زن حامل و کودک ناشی از باروری هم، دارای حکم مشابهی هستند، ولی سایر احکام مادر به فرزندی که حقوق و تعهداتی بر آن مترتب است، مانند نفقه، حضانت و ارث، بین آن دو وجود ندارد (منتظری، ۱۳۸۱: ۸۸). پس، با توجه به اینکه نسب از موضوعات احوال شخصیه و تابع مقررات مذهبی شخص است و از طرفی قانون در جمهوری اسلامی باید منطبق با موازین شرعی باشد یا مخالف با آن نباشد، لازم است هر دو زن (صاحب تخمک و حامل) مشخص باشد زیرا مشهور، کودک را به صاحب تخمک ملحق دانسته اند و بر مبنای این نظر به دلیل لزوم حفظ نسب، باید محرمات نسبی شرعی مشخص باشد که موجب اختلاط نسب امی نشود. بر مبنای نظریه حداقل که زایمان را ملاک نسب امی می دانند نیز، از لحاظ محرمات نسب امی و ازدواج با زن و بستگان زن صاحب تخمک، احتیاط در رعایت آن ۱۳۸۲ است. پس بر این ملاک نیز نمی توان محرم بودن هویت صاحب تخمک را از حیث لزوم حفظ نسب و عدم اختلاط آن نادیده گرفت. به هر حال، مادر کودک اعم از اینکه صاحب تخمک یا حامل باشد، با توجه به محرمانه بودن هویت صاحب تخمک، موجب اختلاط نسب امی می شود، که خلاف شرع است. در نتیجه، حداقل رعایت موازین شرعی این است که زن دریافت کننده طبق فتوای مرجع تقلید خود عمل کند و در صورتی برای او دریافت چنین تجویز شود که طبق فتوای مرجع، فرزند به او ملحق شود، چون اگر بعد معلوم شود که مطابق فتوای مرجع تقلید زنی که با وجود تحمل هزینه های زیاد و درد و رنج بارداری و زایمان، وضع حمل کرده، فرزند به او ملحق نیست، این ضرر عظیمی محسوب می شود که خلاف موازین شرعی و اصول حقوقی اسلام است.

۸-۳- چالش های اخلاقی تلقیح مصنوعی

نخستین گام برای طرح مسائل اخلاقی اهدای جنین، تبیین این موضوع و شناخت دقیق آن چیزی است که در فرایند اهدا اتفاق میافتد. این شناخت به یقین در صدق یا کذب ارزیابی اخلاقی مؤثر است. عدم شناخت موضوع موجب سوء فهم هایی می شود که ارزیابی اخلاقی را گمراه می کند. این مشکل، متأسفانه در مورد مسائل اخلاق زیستی وجود دارد که پاره ای داورهای درمورد آنها براساس شنیده ها یا تصورهایی است که هیچ گونه ارتباطی با موضوع داورى ندارند. در این موارد، به ویژه ادبیات علمی تخیلی موجب تصوراتی عجیب و غریب شده و ذهن و تحلیل عالمان را به بیراهه کشانده است. بنابراین، از آنجا که اهدای جنین اولاً و بالذات یک روش پزشکی است، باید از راهنمایی پزشکان و متخصصان در شناخت آن استفاده کرد. به نظر میرسد به طور کلی چهار چالش فلسفی اخلاقی در برابر درمان زوج نابارور با روش اهدای جنین طرح شده است:

۱-۸-۳- تغییر در طبیعت

برخی مخالفان اهدای جنین بر این باوراند که شیوه درمانی اهدای جنین، شیوه های جدید در تولید مثل انسانی است که بدون وساطت ارتباط جنسی شکل میگیرد. از این رو، اهدای جنین مخالف آن روندی است که برای تولید مثل در طبیعت وجود دارد. نتیجه مستتر در این باور غیر اخلاقی بودن کاربرد اهدای جنین است.

۲-۸-۳- نقض کرامت انسانی

برخی از مخالفان اهدای جنین استفاده از فن آوری نوین را موجب نقض کرامت انسانی می دانند و برابر باور آنان، کاربرد این فناوری موجب تولید انسان هایی می شود که در آینده به آنها به دیده انسان های درجه دوم خواهند نگرست. وقتی فرد به شیوه ای غیر از شیوه رایج تولید مثل از طریق یک فناوری انسان ساز به دنیا آمده باشد، مواجهه دیگران با او گونه ای مواجهه مکانیکی خواهد بود. این مواجهه فاقد شرایط ضروری برای یک مواجهه انسانی مطلوب و پویا است. بر این اساس، مخالفان بر آناند که حتی مقاصد درمانی نیز کاربرد روش اهدای جنین را موجه نمی کند (اردکانی و همکاران، ۱۳۹۰).

۳-۸-۳- تغییر در خلق خداوند

برخی مخالفت ها با کاربرد روش های کمک باروری مانند اهدای جنین، زمینه ای دینی دارد. این زمینه متفاوت از بررسی فقهی - شرعی درمان ناباروری است. برخی با تکیه بر مواضع فقهی مخالفت خود را ابراز می کنند؛ اما آنچه در اینجا معرفی می شود، یک دیدگاه الهیاتی - کلامی است که دخالت انسان در تولید مثل طبیعی، تغییر آن و در نهایت، درمان ناباروران را ناقض برخی صفات خداوند مانند قدرت مطلق

یا حکمت او و در نتیجه، دخالتی ناصواب در کار او می‌داند. این دیدگاه در ادیان غربی، یعنی در بین یهودیان، مسیحیان و مسلمانان پیروانی دارد که روایت‌هایی مختلف از آن ارائه می‌دهند: برخی بر تلاش ناصواب انسان برای ابهام زدایی از اسرار خلقت خداوند تأکید می‌کنند، برخی امکان دستکاری ژنتیک در انسان را پیش می‌کشند و برخی نیز چنین فعالیت‌هایی را گونه‌ای از تصمیم‌گیری‌های خودسرانه انسان درباره زندگی و مرگ آدمیان می‌دانند (خداپرست و همکاران، ۱۳۸۹).

۴-۸-۳- امکان سوء استفاده

مخالفان استفاده از فناوری‌های نوین کمک باروری، از جمله اهدای جنین بر آناند که این فناوری‌ها فضایی گشوده را برای اقسام سوء استفاده، از گسترش بارداری‌های نامشروع تا شکل‌گیری بازار سیاه و فضای تجاری برای خرید و فروش گامت و جنین انسان به وجود می‌آورند. برای نمونه، امکان گرفتن اسپرم یا جنین برای کسانی پدید می‌آید که به لحاظ شرعی یا قانونی مجوزی برای بارداری ندارند. این سوء استفاده‌ها می‌تواند به فروپاشی تدریجی نهاد خانواده منجر شود؛ اتفاقی که به گفته منتقدان، در جوامع غربی در حال روی دادن است. با این حال، مدافعان کاربرد روش‌های کمک باروری گرچه امکان سوء استفاده را محتمل و جدی می‌دانند، آن را به تنهایی دلیلی موجه برای منع کاربرد این روش‌ها به شمار نمی‌آورند. به گفته مدافعان، امکان سوء استفاده از هر پدیده‌ای وجود دارد و روش‌های درمانی کمک باروری نیز خارج از این قاعده نیستند اما فرهنگ بشری و برخی عناصر عمده آن مانند اخلاق، دین و حقوق ابزارهایی را برای پیشگیری و مهار این سوء استفاده‌ها فراهم می‌کنند. بنابراین، از آنجا که این سوء استفاده‌ها قابل مهاراند و پیامدهای منفی اشاره شده در بیان منتقدان به ضرورت رخ نمیدهند، استفاده از فناوری‌های درمان ناباروری، از جمله اهدای گامت/ جنین مجاز است. افزون بر این، فواید مترتب بر استفاده درمانی از روش‌های کمک باروری چنان است که می‌تواند جواز آن را حتی با فرض وقوع برخی پیامدهای نامطلوب نشان دهد. به کمک این روش‌ها بخشی قابل توجه از مشکلات خانوادگی و روانی- اجتماعی افراد حل میشود که ناشی از ناتوانی در باروری و پیامدهای آن است. به این دلیل، کاربرد درمانی روش‌های کمک باروری میتواند بر استحکام روابط خانوادگی نیز بیفزاید (مظاهری، ۱۳۹۱).

اقوام روزگار به اخلاق زنده اند قومی که گشت فاقد اخلاق، مردنی است
بیت نغز فوق به خوبی بیانگر قدمت اخلاق در نزد اقوام بشری و لزوم رعایت آن در تمامی ابعاد زندگی اجتماعی است. در قرن حاضر نیز که با پیشرفت علم و تکنولوژی همراه است، رعایت حقوق اشخاص و پایبندی به اخلاق امری ضروری و غیر قابل اجتناب بوده و حتی بحث اخلاق در تمامی ابعاد علمی، حوزه های پزشکی و غیر پزشکی نیز لازم الاجراست.

یکی از مسائل بسیار مهم مطروحه در حقوق پزشکی، ارتباطی است که علم پزشکی و نظریات و طرح درمان های پزشکی با مسائل اخلاقی، اجتماعی و حقوقی دارد. به طوری که وقتی یک تجویز درمانی یا توصیه دارویی مطرح می شود، قبل از اعمال و اجرای آن بر روی انسان باید تأیید و تنفیذ حقوقی و اخلاقی آن مورد بررسی قرار گیرد. هیچ گاه نمی توان یک درمان پزشکی یا توصیه دارویی را صرفاً به این دلیل که از نظر پزشکی، عوارض جسمی یا روحی بر روی انسان ندارد، تجویز نمود. بلکه باید بررسی کرد که این توصیه و تجویز با اخلاق طبیعی، عرفی و دینی جامعه و با موازین حقوقی حاکم بر آن مغایرت و منافاتی نداشته باشد واحدی، ص ۷۲. (نظام تلقیح مصنوعی هم که امروزه دامن گسترانیده و در حال پیشرفت و اجر است، از این مقوله جدا نیست و بایستی علاوه بر مسائل حقوقی، مباحث اخلاقی آن را نیز مورد توجه قرار داد. به ویژه در کشورهای اسلامی که فرهنگ و سن آنها برگرفته از موازین شرع مقدس اسلام می باشد. از آنجایی که استفاده از این فن آوری علاوه بر مباحث حقوقی با مسائل اخلاقی نیز در ارتباط است.

بسیاری از اندیشمندان و صاحب نظران به بررسی این موضوع پرداخته اند و اختلاف نظرها و انتقادهای رو به فزونی گذارده است. نادیده گرفتن شأن، منزلت و کرامت انسانی، مسأله رضایت زوجین و یا صاحبان اسپرم یا تخمک، اختلاط نسب و آسیب دیدن نهاد خانواده و به هم خوردن سلسله انساب، از مسائل اخلاقی مطرح در تلقیح مصنوعی علی الخصوص نوع ناهمگون آن می باشد.

این روش بارداری که از تکنیک های زیست پزشکی محسوب می شود از نظر اخلاقی بسیار پرسش برانگیز است و از اهم مسائل اخلاقی مطروحه در آن می توان به موارد زیر اشاره کرد :

۱- صلاحیت اخلاقی پژوهشگرانی که در این زمینه فعالیت می کنند و امکان سوء استفاده ناهلان، مانند خرید و فروش یاخته های جنسی و یا اطفال متولد شده وجود دارد .

۲- عدم پذیرش جوامع به دلایل اعتقادی و اخلاقی

۳- بروز مشکلات احتمالی در نظام خانواده، رابطه زوجیت، از دست دادن گوناگونی و تنوع نژاد

۴- مسأله مهم نسب فرد متولد شده از تلقیح مصنوعی ناهمگون، حریمیت، قتل، نفقه، حضانت، ارث و مشکلات حقوقی متعاقب آن

۵- احتمال پیدایش وانتقال ناهنجاری ها و بیماریها

۶- افشای اطلاعات مربوطه به اهداکنندگان و یا صاحبان اسپرم یا تخمک

۷- یاخته جنسی یا جنین نباید موضوع مورد معامله قرار بگیرد و اهدای آن باید خیراندیشانه باشد.

۸- احتمال تلقیح اسپرم و تخمک افراد هم خون و محارم به یکدیگر وجود دارد.

۹- امکان استفاده از اسپرم بیش از یک مرد در تلقیح مصنوعی محتمل است.

مهم ترین مسائل اخلاقی عبارتند از:

۱- رضایت آگاهانه

گیرندگان و دهندگان جنین باید از آنچه قصد انجام آن را دارند و آنچه در راه رسیدن به این قصد بر جسم و روان آنان می‌رود آگاه باشند. این نکته را میتوان با عنوان «رضایت آگاهانه گیرندگان و دهندگان جنین» بیان کرد. رضایت آگاهانه متضمن دو موضوع جدا از هم در تصمیم‌گیری بیمار است: اول آنکه صفت «آگاهانه» بدین لحاظ اختصاص داده شده است که آزمودنی از همه اطلاعات لازم و مربوط به تصمیم‌گیری خود مطلع باشد و دوم آنکه تصمیم لازم و آزادانه به وسیله خود آزمودنی اتخاذ شود. آنچه به عنوان وجه مشترک در اکثر بیانی‌ها و منابع در خصوص رضایت آگاهانه میتوان یافت احترام به افراد است. برای گرفتن رضایت آگاهانه به صورت مناسب و پرهیز از تشریفاتی شدن آن، مراکز درمان ناباروری و گروه درمانگر باید زوج بیمار و اهداکنندگان را با انجام مشاوره‌های پزشکی، روانشناختی، جامعه‌شناختی و در صورت لزوم، اخلاقی و دینی یاری کنند. این مشاوره‌ها هم سطح سلامت متقاضیان، اهداکنندگان و جنین به دست آمده از درمان را افزایش و هم به شکلی کاملاً مؤثر رضایت آگاهانه افراد مرتبط با موضوع را شکل می‌دهد (موسوی، ۱۳۹۰).

۲- غربال گیرندگان و دهندگان جنین

با توجه به مشاوره‌ها گیرندگان و دهندگان جنین غربال می‌شوند؛ برخی افراد واجد ویژگی‌ها و شایستگی‌های ضروری شناخته و برخی افراد از روند درمان حذف می‌گردند. شناسایی افراد واجد شرایط، خود نیازمند تصمیم‌گیری‌هایی اخلاقی است. این تصمیم‌ها با توجه به این نکته گرفته می‌شوند که نمیتوان هر چیزی را به وراثت تحویل کرد و سطحی متوسط و مقبول در عرف از ویژگی‌های شخصی و خانوادگی دریافت کنندگان و اهداکنندگان جنین برای انجام عمل اهدا کافی است. بررسی و غربال متقاضیان، واقعیت‌های اخلاقی مربوط و نامربوط را آشکار می‌کند و از این طریق، داوری اخلاقی را میسر می‌سازد.

۳- تجاری شدن اهدای جنین

یکی از دغدغه‌های مخالفان کاربرد روش‌های نوین درمان ناباروری، امکان سوء استفاده از این روش‌ها است. بخشی از این دغدغه به امکان شکل‌گیری یک بازار تجاری با همه مختصات و ویژگی‌های مربوط به آن پیرامون گامت یا جنین انسان باز میگردد. آنان بر آن اند که شأن و منزلت انسان مقتضی احترام به موجوداتی است که قابلیت انسان شدن دارند یا با ویژگی‌های ژنتیک خاص یک انسان در حال رشد هستند. از این رو، خرید و فروش آنها اندک اندک به زوال احترام به موجود انسانی و ابرازی شدن وجود آن میانجامد. برخی افراد ممکن است از این راه درآمدهایی کسب کنند یا به طور گروهی، سازمانی برای کسب درآمد پیرامون اهدای گامت/ جنین شکل گیرد. در این صورت، به نظر

میرسد موجود به مثابه انسانی، گیرنده، دهنده یا جنین اهدایی به طور منظم وسایلی برای دستیابی به منافع قرار گیرند (رضایی، ۱۳۹۱).

۴- انتخاب جنسیت

یکی از امکاناتی است که میتواند به وسیله متقاضیان دریافت جنین انتخاب شود. انتخاب جنسیت به معنای تعیین جنسیت جنینی است که از طریق IVF به دست میآید. در فرایند اهدای جنین، زوج متقاضی درمان میتواند تعیین جنسیت مطلوب جنین اهدایی را نیز تقاضا کند. انتخاب جنسیت غیردرمانی آن است که والدین یا متقاضیان دریافت جنین به دلایل غیردرمانی متقاضی جنسیت مطلوب و دلخواه خود برای جنین باشند. موافقان معتقداند انتخاب جنسیت درخواستی بیضرر و احترام به اختیار انسان متضمن جواز آن است. همچنین، انتخاب جنسیت، از یک سو از سقط جنین به دلیل نامطلوب بودن جنسیت جنین از نظر والدین، پیشگیری میکند و از سوی دیگر، در مهار رشد جمعیت نیز مؤثر است زیرا از بارداریهای پیاپی برای دستیابی به جنسیت مطلوب پیش میگیرد. با این حال، مخالفان معتقداند جواز انتخاب جنسیت، جواز نگرش ابزاری به فرزند است زیرا به صورت ناموجه جنسیت را در کرامت ذاتی انسانها وارد میکند. همچنین، انتخاب جنسیت افزون بر اینکه ممکن است سلامت جنین را در معرض خطر قرار دهد، میتواند موجب برهم خوردن تعادل جمعیتی شود (لا و همکاران، ۲۰۰۹).

۵- تعارض منافع با مرکز درمانی

یکی از ملاحظات اخلاقی مؤثر در مورد اهدای جنین امکان وقوع تعارض بین مرکز درمانی یا گروه درمانگر با متقاضیان درمان یا داوطلبان اهدا است. نمونه هایی از این تعارض منافع را میتوان در قراردادهای غیرعادلانه دارویی، قراردادهای غیرعادلانه مربوط به اهدای جنین و موضوع پژوهش قرار گرفتن بیمار بدون کسب رضایت آگاهانه او سراغ گرفت. آشکار است که این پدیده ها وضعیت اخلاقی مناسب را مختل میکنند. به ویژه باید توجه کرد که فقط در صورتی میتوان از بیماران یا داوطلبان اهدا برای پژوهش استفاده کرد که موضوع پژوهش به دقت برای آزمودنیها توضیح داده شود، پیامدهای احتمالی آن مشخص و جبران ضررهای احتمالی تضمین گردد و در نهایت، رضایت آزمودنیها بدون فریبکاری و اجبار گرفته شود (خدا پرست و همکاران، ۱۳۸۹).

۹-۳- جمع بندی

در کل مواردی که مربوط به مسائلی است که موضوع آن نو و جدید است، از آنجا که اطلاق ادله شرعی از این موارد نو و جدید انصراف دارد و معمولاً به سختی میتوان عموم یا حکمی کلی یافت که موارد نو ظهور را شامل شود، اکثر فقهای شیعه که قائل به اصل براءت هستند، با تمسک به این اصل به

حکم ثانوی جواز ارتکاب افعال جدید و نو ظهور را ثابت میکنند. بدیهی است که تمسک به اصول عملیهای چون برائت، به هیچ روی از واقعیت اوضاع و احوال مصالح و مفسد واقعی خبر نمی دهد و در فقه شیعی، روشن است که اصل برائت صرفاً حجتی شرعی برای جواز ارتکاب موارد مشکوک در مقام عمل و برای قبح عقاب بدون بیان در مقام نظر است. اصل برائت به هیچ روی حکم اولیه موضوع را از حالت مجهول و مشکوک خارج نمیکند و مصالح و مفسد واقعی همچنان بر جای هستند، هر چند مسئولیتی فقهی مکلف را شامل نشود. بیشک حدیث رفع میتواند الزامات اخلاقی را نیز چون الزامات فقهی نفی کند، اما میتوان گفت حسن و قبحهای غیر الزامی همچنان بر جای باشند و حدیث رفع نظر به نفی آنها نداشته باشد، به خصوص اگر آن حسن غیر الزامی از دل ادله شرعی بیرون آمده باشد. این نکته نشان میدهد که در صورتی که بتوانیم از حسن و قبحهای اخلاقی به مصالح و مفسد واقعی پل بزنیم و احکامی اخلاقی را برای موضوعات مورد نیاز ثابت کنیم یا آن را احتمال دهیم، میتوانیم به نتایجی اخلاقی برسیم که قبلاً صرفاً با ادله برائت حاصل نمیشد. مثالهای این موارد در مقدمه گذشت. بحث از این احتمال بستگی به نحوه دلالت حدیث رفع بر موارد حسن و قبحهای غیر الزامی دارد که جای آن در علم اصول است (شهریاری، ۱۳۸۶).

در حال حاضر مشهور فقها باروریهای پزشکی را لاقل در برخی شرایط برای زوجین جایز میدانند اما تجویز این عمل را در موردی که یکی از دو طرف تلقیح غیر زوجین باشد، محل تردید یا منع میدانند. آنچه این مقاله بیشتر درصدد آن بود، پیامدهای اخلاقی این دو مورد است. لازم به ذکر است که اگر منع شرعی هر یک از موارد فوق ثابت شود، از نظر اخلاقی نیز قبح شرعی آن قابل استنتاج از حکم فقهی است، ولی عکس آن صادق نیست. یعنی ممکن است به قبح اخلاقی موردی حکم شود که در ادله فقهی منعی برای آن یافت نشده است، چنان که در بحث پیشین، توضیح آن گذشت. این مقاله در بحث بعدی، ادله فقهی اقامه شده بر منع را بررسی میکند تا لوازم اخلاقی آن را به دست آورد. نکته ای که در اینجا شایسته ذکر است، این که موضوع بحث باید محصور به مواردی باشد که خلافی اخلاقی غیر از آنچه از لوازم ذاتی لقاح مصنوعی است روی ندهد. بنابراین هر نوع بیعفتی یا مفسد جنسی پیشاپیش، شامل حکم اخلاقی حاکی از زشتی ارتکاب بیعفتی بوده و از نظر اخلاقی مذموم و مردود و ناصواب است (رضاییان و همکاران، ۱۳۹۲).

برخی از محققان با استناد به روایاتی، حرمت فقهی صورتهایی از اهدای گامت و جنین را اثبات کرده اند در صورتی که استدلال به هر یک از این روایات در هر موردی درست باشد، با ملازمه میتوان قبح اخلاقی آن مورد را ثابت کرد. یکی از این روایات بیان میدارد: «شدیدترین مردم از نظر عقاب در روز قیامت مردی است که نطفه خویش را در رحمی که بر او حرام است ریخته باشد. قبح تلقیح مصنوعی با منی نامحرم (اگر قبح آن ثابت شود) بدون بی عفتی با قبح زنا یکسان به نظر نمیرسد. قرینه

این حمل آن است که همه مصنفاتی که روایت را در کتاب خود آورده‌اند آن را در کنار روایات مخصوص به زنا ذکر کرده‌اند. مرحوم صدوق آن را در ذیل بحث از عقاب زانی و زانیه، مرحوم کلینی در ذیل باب زانی در اولین روایت بابی که نُه روایت دارد و مرحوم ابوجعفر برقی نیز آن را اولین روایت باب عقاب الزانی قرار داده است. قرینه دیگر آن روایتی است در دعائم الاسلام که صدر آن در باب ارتباطات نامشروع بین مرد و زن است. همچنین آنجا در دو روایت بعد آمده است که بعد از شرک گناهی بزرگتر از این نیست. ین قرائن نشان می‌دهند که منظور از ریختن نطفه در رحم، عمل بیعفتی است و لسان حدیث، تلقیح مصنوعی را شامل نمیشود.

فصل چهارم: اهداء گامت و باروری مصنوعی و حق باروری زوجین از منظر فقهی و حقوقی

۱-۴- مقدمه

حال برای اینکه تشخیص داده شود حق باروری زوجین نابارور حق - ادعاست یا حق - آزادی باید ترسیم نمود که چالش های فقهی، حقوقی و اخلاقی موجود تا چه میزان حق ایشان را با مخاطره مواجه ساخته است و به دیگر سخن آیا فاعلیت اخلاقی و یا کرامت ذاتی ایشان را به نحو کلی و یا جزئی تضییع نموده است؟

۲-۴- احکام فقهی و حقوقی تلقیح مصنوعی

در حقوق اسلام تلقیح مصنوعی به ترتیبی که امروزه از جهت عملی مطرح است سابقه ندارد، بنابر این مسأله تلقیح مصنوعی را در اصول و ضوابط اسلامی و در اخبار و احادیث صدر اسلام نمی توان یافت اما می توان مصادیق و احکامی را یافت که با تلقیح مصنوعی مشابحت دارد، از جمله احادیثی که مربوط به مساحقه و آثار آن است. نقل شده است که از امام حسن (ع) سؤال شد که مردی با زن خود جماع نموده و زن در همان حالت با دختر باکره ای مساحقه نموده و دختر حامله گردیده حال تکلیف چیست؟

ایشان فرمودند مهر دختر باکره را از زن باید گرفت و به دختر داد زیرا طفل حاصل از این مساحقه از رحم دختر خارج نخواهد شد مگر با ازاله بکارت ولی سپس آن را چون محصنه بوده باید رجم کرد و پس از آنکه طفل متولد گردید باید این طفل به صاحب نطفه تحویل و دختر را باید تازیانه زد. (نجفی، ۱۹۸۱م، ج ۱، ص ۳۹۶) همچنین در زمینه طفل ناشی از تفخیز که شباهت زیادی با تلقیح مصنوعی دارد آمده است که به فرد تعلق می یابد. (صمدی اهری، ۱۳۸۲ش، صص ۲۰-۲۱).

با توجه به مراتب عنوان شده ملاحظه می شود که باروری زنان از راه غیر طبیعی در اسلام تحقق یافته و به هر حال طفل حاصل از آن به «صاحب اسپرم ملحق گردیده است». پیشرفت های علمی امروزه سبب گشته است که بسته شدن نطفه انسان از غیر راه شناخته شده (آمیزش) امکان پذیر گردد، اما دربارهی گونه های آبستن کردن و حکم شرعی آنها هنوز وفاق معینی بین علما و حقوقدانان دیده نمی شود در این قسمت ما بر آنیم گونه های متصور و موجود تلقیح مصنوعی را مورد بررسی قرار داده و به واکاوی احکام فقهی این حوزه و ترسیم چالش ها و خلأهای موجود بپردازیم.

قبل از هر چیز باید گفت که آبستنی مصنوعی در چند حالت متصور است :

۱- استفاده از اسپرم شوهر

۲- استفاده از اسپرم بیگانه

۳- استفاده از تخمک بیگانه

۴- استفاده از اسپرم و تخمک بیگانه

در بررسی دقیق تر می توان گفت که امکان تشکیل جنین در هر یک از این روش ها در سه حالت متصور است

۱- پرورش در داخل رحم

۲- پرورش در خارج رحم

۳- پرورش در محیط آزمایشگاه

۳-۴- اسپرم شوهر

این قسم به خودی خود حرمتی ندارد زیرا دلیلی بر حرمت آن نداریم و چون از زمره شبهه های بدوی تحریمی است اصل براءت شرعی و عقلی در مورد آن جاری می شود. (حرم پناهی، ۱۳۷۶ش، ص ۸۵) اگر چه این امر منافاتی ندارد. با این مطلب که ممکن است این قسم به خاطر مقدمات حرام مانند تماس نامحرم حرام بشود. به هر ترتیب باید گفت که تلقیح مصنوعی با اسپرم شوهر امروزه مشکل حقوقی و شرعی ندارد و از لحاظ نسب و آثار و تبعات متفرع بر آن مشکلی ایجاد نمی کند و همه آثار مربوط به نسب صحیح و مشروع بر آن بار می شود. عمل مزبور علی الأصول فاقد جنبه کیفری و حرمت شرعی

است اما با توجه به سکوت قانون و حکم اصل ۱۶۷ ق.ا که قاضی را موظف کرده در هنگام سکوت قانون به استناد منابع معتبر اسلامی یا فتاوی معتبر رأی دهد مراجعه و بررسی مسایل از دیدگاه فقهی برای یافتن راه حل ضروری است.

آیت الله گلپایگانی در این مورد عقیده دارند: بر حسب مستفاد از ادله شرعیه نطفه مرد به هر نحو که در رحم حلیله خود قرار بگیرد جایز است (امامی، ۱۳۴۹، ص ۳۶۱). آیت الله خوئی نیز تلقیح زن به نطفه شوهرش را جایز می دانند اما در ادامه می افزایند که اگر عمل توسط غیر شوهر انجام شود و در اثر آن لمس یا نظر به آلت تناسلی زن لازم آید جایز نخواهد بود. (خوئی، بی تا، صص ۴۲-۴۳)

آیت الله مکارم نیز این شق را جایز می دانند و همچون سایر فقها بر مقدمات مشروع و خلال آن تأکید می نمایند. (مکارم شیرازی، ۱۳۸۶ش، مسائل ۲۲-۲۴) اما در صورتی که این امر مستلزم نگاه حرام و یا لمس باشد آن را به موارد ضرورت محدود کرده اند. (مکارم شیرازی، ۱۳۸۱ش، ج ۲، ص ۲۱۶؛ سیستانی، ۱۳۷۸ش، ج ۲، ص ۷۶۵) آیت الله بهجت نیز نظر داده اند که تلقیح نطفه یا اسپرم زوج در رحم زوجه از طریق شوهر یا پزشک فی نفسه مانع ندارد ولی اجتناب از مس و نظر حرام را لازم دانستند. (صمدی اهری، ۱۳۸۲ش، ص ۳۰) آیت الله خمینی نیز در تحریر الوسیله به جواز این عمل فتوا داده اند مگر این که مقدمات خارجی موجب حرمت آن گردد (موسوی خمینی، بی تا، ج ۲، ص ۶۲۱) آیت الله خامنه ای نیز عنوان نمودند که تلقیح نطفه یا اسپرم زوج در رحم زوجه فی نفسه مانع ندارد. (صمدی اهری، ۱۳۸۲ش، ص ۳۳) در عین حال آیت الله بروجردی و آیت الله میلانی این شق را محل اشکال و تأمل میدانند. (امامی، ۱۳۴۹ش، ص ۳۶۷)

در صورتی که این تلقیح در خارج از رحم زوجه و در محیط آزمایشگاه واقع شود نیز فرق چندانی وجود ندارد و فقها حکم به جواز داده اند. (مکارم شیرازی، ۱۳۸۱ش، ج ۲، ص ۶۱۱؛ صافی گلپایگانی، ۱۳۷۶ش، ص ۲۱۸-یزدی، ۱۳۷۵ش، ص ۱۰۰) در این حالت، بر فرض قرار دادن جنین در رحم زن صرفاً برخی از فقها آن را جایز دانسته اند (فاضل لنکرانی، بی تا، ج ۱، ص ۵۶۸) و برخی نیز آن را منوط به اجازهی شوهر بر فرض شوهر داشتن زن کرده اند. (صافی گلپایگانی، ۱۳۷۱ش، ص ۲۱۹) در مورد تلقیح اسپرم شوهر بعد از فوت وی نیز که از مسایل جدید است باید گفت برخی آن را جایز (خامنه ای، ۱۳۷۳ش، فاضل لنکرانی، بی تا، ج ۱، ص ۲۶۴، ج ۲، ص ۶۱۱). و برخی محل اشکال می دانند (مکارم شیرازی، ۱۳۸۱ش، ج ۱، ص ۴۶۲، ج ۲، ص ۶۱۱).

گرچه برخی از فقها معتقدند که خلق شدن بچه از اسپرم مرد (نطفه مرد) موجب الحاق بچه به او نمی شود و برای اثبات نسب و الحاق طفل آمیزش صحیح ولو به صورت شبهه ضرورت دارد (نجفی، ۱۹۸۱م، ج ۲۱، ص ۳۹۸) اما باید گفت که نزدیکی جنسی فقط راه معتاد آبستنی است و نفس این اقدام به تنهایی اثری در احکام نسب ندارد (کاتوزیان، ۱۳۷۱ ۱۳۷۲ش، ج ۲، ص ۲۲) و قانون نزدیکی را شرط

نسب قانونی قرار نداده است و به همین جهت است که طفل متولد از تفخیز زن و شوهر منتسب به پدر و مادر می باشد. (امامی، ۱۳۷۳ش، ج ۵، صص ۱۸۴-۱۸۵)

بدین ترتیب باید گفت که طفل متولد شده از عمل تلقیح مصنوعی زن با اسپرم شوهر به زوجین ملحق می شود و طفل مزبور از هر جهت با طفل حاصل از نزدیکی زوجین یکسان بوده و فرقی بین این دو وجود ندارد و اگر گروهی جواز به کارگیری این روش را مورد تردید قرار داده اند احتمالاً به جهت بیم از ارتکاب پاره ای کارهای مقدماتی حرام بوده است والا هیچ دلیلی بر حرمت اصل عمل به نظر نمی رسد و خصوصیتی نیز در نزدیکی و مواقعه مذکور در ماده ۱۵۸ و ۱۱۵۹ نیست تا در نسب مؤثر گردد و طفل مذکور ملحق به زوجین است چه تلقیح به وسیله زوج انجام شود چه شخص بیگانه، به علاوه علم و جهل زوجین به این عمل نیز اثری در انتساب طفل به زوجین و مشروعیت طفل به دنیا آمده ندارد و کلیه آثار طفل حاصل از نزدیکی طبیعی زن و شوهر بر چنین طفلی مترتب می گردد.

۴-۴- اسپرم بیگانه

اولین بار در بین مسلمانان علامه شیخ محمد مصری نظر داد که تلقیح با اسپرم غیر شوهر در هر صورت که باشد حرام است و اگر این کار با آگاهی باشد رابطه نامشروع و زنا محصنه است، به دنبال فراگیر شدن این مسأله شورای فقه اسلامی سازمان کنفرانس اسلامی به اتفاق آراء تمام کشورها تلقیح اسپرم غیر شوهر به هر صورت که باشد را حرام نمود. (پژوهشکده ابن سینا، ۱۳۸۰ش، ص ۲۰۶)

در مورد استفاده از اسپرم بیگانه اکثر فقها حکم به حرمت داده اند. (خمینی، بی تا، ج ۲، ص ۲۱۰ و خویی، بی تا، ص ۴۲-۴۳- مکارم شیرازی، ۱۳۸۱ش، ص ۶۰۸- فاضل، بی تا، ج ۱، ص ۵۶۶- صافی گلپایگانی، ۱۳۷۱ش، ص ۲۲۰- مؤمن، ۱۴۱۵ق، ص ۸۰- حرم پناهی، ۱۳۷۶ش، ص ۱۴۸- سبحانی، ۱۳۷۱ش، ص ۲۱۷- سیستانی، ۱۳۷۸ش، ص ۷۶۵) در مقابل برخی نیز حکم به جواز داده اند. (بجنوردی، ۱۳۷۱، ص ۲۲۵- یزدی، ۱۳۷۵ش، ص ۱۰۵)

و در مورد تزریق اسپرم مرد بیگانه به رحم زن دو فرض را باید از یکدیگر تفکیک نمود. فرض اول موردی است که نطفه مرد اجنبی به زنی که دارای شوهر قانونی است تزریق می شود و عادتاً نیز امکان باروری زن از شوهر خود معقول باشد، در این صورت مطابق ماده ۱۱۵۸ ق.م در صورتی که از تاریخ نزدیکی شوهر تا زمان تولد طفل کمتر از ۶ ماه و بیشتر از ۹ ماه نگذشته باشد طفل ملحق به شوهر مشروع است و به بیان روشن تر مادامی که احتمال نزدیکی بین زوجین و انعقاد نطفه از اسپرم شوهر موجود باشد به صرف تلقیح اجنبی نمی توان طفل را به صاحب نطفه تزریق شده ملحق نمود یا اصلاً نفی نسب کرد بلکه مضمون قاعده فراش و مدلول ماده ۱۱۵۸ ق.م چنین اقتضا می نماید که طفل را باید به شوهر قانونی و شرعی زن منتسب نماییم، چنان چه برخی از فقهای امامیه نیز در این خصوص فتوا داده اند :

اشکالی نیست در اینکه اگر نطفه اجنبی به زن تلقیح شود و شوهر قانونی زن با او مقاربت نماید و احتمال تکون طفل از نطفه شوهر موجود باشد طفل متولد شده ملحق به شوهر است. (روحانی، ۱۳۹۳ ه.ق، ص ۹)

فرض دوم این است که زن دارای شوهر نباشد یا عاداتاً امکان باروری از شوهر خود را نداشته باشد یا اینکه یقین پیدا کنیم که حمل ناشی از نطفه شوهر نیست برخی از حقوقدانان میان صورت علم و جهل طرفین نسبت به انجام عمل تلقیح تفاوت قائل شده اند. دکتر امامی در مورد جهل طرفین چنین اظهار نظر کردند: «در صورتی که مرد و زن جاهل به حقیقت امر بوده باشند طفل ملحق به پدر و مادر طبیعی خود می باشد زیرا طفل مزبور در حکم ولد شبهه است همان گونه که جاهل به حرمت رابطه طفل را در ولد به شبهه ملحق به خود می کند اما اگر یکی از آن دو جاهل به حقیقت امر باشند طفل نسبت به او در حکم ولد شبهه است. (امامی، ۱۳۷۸ ش، ج ۵، ص ۱۸۵)

اما اگر جهل طرفین به عمل لقاح نباشد، از نظر تحلیل می توان بر آن بود که هر فرزند طبیعی قانونی است مگر آنکه قانون تصریح به خلاف نموده باشد و موردی که قانون به رسمیت نشناخته ولد الزناست که ملحق به کسی که مرتکب زنا شده است نمی گردد و در بقیه موارد طفل ملحق به پدر و مادر است. سپس ایشان اضافه می کنند به نظر می رسد که پیروی از نظر اول با اصول اخلاقی و حفظ خانواده که سلولهای متشکله اجتماع است چنانچه در جلسه سوم از آن پیروی شده اولی باشد ولی از نظر قضایی محض نمی توان از نظر اخیر دست برداشت. (امامی، ۱۳۷۸ ش، ج ۵، ص ۱۶۸) آنچه از اصول و قواعد حقوقی قابل استنباط است طفل متولد از لقاح مصنوعی به وسیله اسپرم بیگانه به رحم زن اجنبی، ملحق به صاحب نطفه است زیرا عرف تکون طفل از انسان دیگری را منشأ اعتباری و انتزاع رابطه نسبی می داند و قانون گذار نظریه عرف را در این خصوص پذیرفته و تنها در مورد زنا نسب را منتفی دانسته و چون تلقیح عرفا و شرعاً زنا محسوب نمی شود و همچنین اطلاق ولد عرفاً بر این طفل صحیح است و منع صریح قانونی نیز در این مورد وجود ندارد باید بر این عقیده بود که طفل ملحق به صاحب نطفه است ممکن است که ایراد شود که مفهوم مخالف اماره فراش چنین اقتضاء می کند که الحاق ولد طفل فقط در مورد وجود فراش امکان پذیر است و در غیر مورد فراش خواه زنا خواه لقاح مصنوعی، اصل "طفل ملحق به کسی نیست پاسخ به این ایراد این است که اصولاً قاعده فراش یک قاعدی ظاهری است که برای موارد مشکوک وضع گردیده و مفهوم آن این نیست که با انتقای فراش نسب منتفی است. (علوی قزوینی، ۱۳۷۴ ش، صص ۱۸۶-۱۸۸)

اما نتیجه گیری در این بحث نیازمند تدقیق بیشتری است، پیرامون مشروعیت یا حرمت تلقیح اسپرم بیگانه در ایران در بین مراجع و فقهای گذشته هیچ اختلاف نظری درباره حرام بودن تلقیح اسپرم غیرشوهر

وجود ندارد و از آیات عظام، امام خمینی، خوئی و گلپایگانی واراکی (رحمه الله علیهم) فتاوی صریحی در این مورد صادر گردیده است.

آیت الله خمینی (ره) در این زمینه فرموده اند: اگر عمل تلقیح با منی غیر شوهر انجام گیرد و زن دارای شوهر باشد و مسلم باشد که بچه ناشی از تلقیح است شکی نیست که بچه به شوهر ملحق نمی شود و اگر تلقیح از روی شبهه صورت گرفته باشد همانند مورد وطی به شبهه بچه ملحق به زن و صاحب منی می شود پس اگر مردی منی خود را به زنی به خیال اینکه همسر خودش است تلقیح کند و بعد خلاف آن معلوم شود بچه حاصل از این تلقیح ملحق به صاحب منی وزن است ولی اگر تلقیح با علم و عمد به زن اجنبی صورت گرفت الحاق بچه به صاحب منی وزن مشکل است (چون عمل غیر مشروع و در حکم زنا بوده است) هر چند ملحق شدن بچه صحیح تر به نظر می رسد ولی ناچار باید در آن احتیاط کرد و در حکم ارث در خصوص تلقیح از روی شبهه همانند وطی به شبهه است و در مورد تلقیح عمدی حرام باید احتیاط کرد. (موسوی خمینی، بی تا، ج ۲، ص ۶۲۱)

اما در بین فقهای متاخر اختلاف نظر شدیدی در این باره دیده می شود جمعی از مراجع مانند صافی گلپایگانی، فاضل لنکرانی، مکارم شیرازی، شیخ جواد تبریزی، بهجت، منتظری، موسوی اردبیلی، نوری همدانی، صانعی، یحیی نوری، مدنی تبریزی، سیستانی، جعفر سبحانی و فتاوی صریح درباره حرام بودن این عمل صادر کرده اند در مقابل برخی از فقه پژوهان کشور مانند سید محمد موسوی بجنوردی در سال ۱۳۷۱ شمسی نظریه دیگری ارائه کردند. ایشان در این تاریخ نوشت: «این کار زنا محسوب نمی شود و از عناوین محرمه هم که در شرع حرام شده باشد نیست، لذا بر اساس اصل اباحه جایز است آیت الله خامنه ای نیز همچون فتاوی که در مورد تلقیح اسپرم شوهر داده بودند معتقدند تلقیح نطفه اجنبی به رحم زن موجبی برای منع ندارد ولی از مقدمات حرام باید اجتناب نمود.

با این وجود در سال ۱۳۷۲ مجمع فقه اهل بیت مسأله تلقیح را در دستور کار خود قرار داد و در اظهار نظر نهایی درباره تلقیح اسپرم غیر شوهر فرمود تلقیح اسپرم غیر شوهر به رحم زن حرام است (پژوهشکده ابن سینا، ۱۳۸۲ش، ص ۲۸۴)

۵-۴- تخمک بیگانه

مطابق مبحث قبل در اینجا نیز باید گفت که ارائه یک حکم قطعی نیاز به بررسی ها و دقت نظرهای بیشتری دارد البته از جانب برخی محققین برای حل مشکل مشروعیت راه حل های مختلفی ارائه شده است به عنوان مثال یکی از پژوهشگران در این زمینه می نویسد: به دلیل مشروعیت تعدد زوجات در کشورهای اسلامی، اگر همسر زوجی تخمک نداشته باشد در صورت امکان، زوج، اهداء کننده تخمک را به عقد خود در آورد (رضانیا، ۱۳۷۸ش، ص ۳۸۴) به طور کلی باید گفت همه اختلاف نظر مبحث

قبلی در اینجا نیز هست و چه از نظر شرعی و چه حقوقی مخالفان و موافقان به ادله خود استناد کرده استدلال می کنند.

در فرض مورد بررسی تخمک اهدائی ممکن است متعلق به همسر دوم مرد صاحب اسپرم باشد که در این صورت هیچ ادله ای کافی برای من استفاده از فرض مورد نظر ما وجود ندارد و علی الأصول بهره برداری از تخمک همسر دوم اعم از این که رابطه زوجیت قانونی بین این دو دائم یا منقطع باشد برای بارورساختن اسپرم مرد و در نتیجه بارداری همسر دیگر مرد از جنین حاصله بلا اشکال است زیرا از سویی مقتضای قاعده احتیاط و مغایرت با اغراض تشریع ازدواج دلیل محکمی برای تحریم فرض مذکور نیست، از دیگر سو حتی اگر موضوع فرض مشمول منع آیات قرآنی ناظر بر حفظ فروج هم باشد، حال چه تعبدی و چه مبتنی بر یک ملاک منطقی و قابل درک، باز هم می توان گفت که فرض مزبور شامل ممنوعیت حاصل از آیات نمی شود زیرا اگر حکم آیات را تعبدی بدانیم بسیار محتمل است که منظور از حفظ فروج، حفظ فروج از اسپرم است و اگر مفاد آیات را حکمی غیر تعبدی و مبتنی بر ملاکی قابل درک بدانیم از آنجا که از نظر بسیاری از فقها این ملاک جلوگیری از تبعاتی چون اختلاط انسب و تزلزل بنیان خانواده است، باید گفت که در فرض مذکور چنین تبعاتی پدید نخواهد آمد زیرا که صاحب اسپرم شوهر صاحب رحم و همسر قانونی و شرعی صاحب تخمک است که البته همانطور که اشاره شد دلیلی هم بر حرمت یا منع عمل مزبور وجود ندارد.

اما حالت دیگری که متصور است وضعیتی است که لقاح مصنوعی بین اسپرم مرد و تخمک زنی که با وی هیچگونه رابطه زوجیتی ندارد واقع می شود در این حالت برخی از فقها آن را جایز. (فاضل لنکرانی، بی تا، ج ۲، ص ۵۷۰ صناعی، ۱۳۷۶ش، ص ۶۹۰ یزدی، ۱۳۷۵ش، ص ۱۰۴) و برخی دیگر آن را حرام می دانند. (خویی، بی تا، ج ۲، ص ۶۰۹) از جهت نسب نیز باید گفت که صاحب تخمک و صاحب اسپرم پدر و مادر وی هستند و صاحب رحم هیچ نسبتی با کودکی ندارد اما از جهت محرمیت بین زن پدر و فرزند از دواج بین آنها ممنوع است.

در واقع باید گفت اگر ملاک مادری زائیدن باشد مادر وی شخصی است که از او متولد می شود اما اگر تخمک در این راستا تأثیر گذار باشد خیر به نظر می رسد با توسل به مبانی اصولی مانند اصل عدم حرمت و قرابت، حکم به تحقق خویشاوندی صحیح نیست و ماده ۱۰۴۶ ق.م نیز که حکم فرزند و مادر رضاعی را داده است شرایط خاصی را در نظر گرفته است و گفته پوست و گوشت فرزند از آن بروید گر چه به نظر می رسد که این صرف یک ضابطه، است اما شاید از آنجا که حکم خاص است نتوان آن را به سایر موارد تعمیم داد.

در بررسی رابطه نسبی با صاحب تخمک با توجه به سوره آل عمران «فلما وضعنها قالت رب انی وضعنها انثی و اعلم بما وضعت» که سه بار به زایمان اشاره شده است به نظر می رسد ملاک مادر بودن

وضع حمل و زائیدن نیست و از این جهت که تعبیر به ولادت نکرده است احکام ارث و نکاح و بین فرزند و صاحب تخمک علی الاصول باید برقرار باشد .

۴-۶- پرورش در رحم ثالث

فرض مذکور را در حالتی بررسی می کنیم که زن و شوهر قادرند صاحب فرزند شوند ولی زن به علت نقص جسمی قادر نیست جنین را در رحم پرورش دهد و یا حتی به هر دلیلی مایل نیست خود وضع حمل نماید . علم امروزی در همه سطوح دریچه های تازه ای برای بشر گشوده است که از جهت حقوقی شایسته بررسی است . موضوع قرار داد مادر جانشین حمل جنین و تحویل آن به محض تولد است که قراردادی خصوصی و تابع ماده ۱۰ ق.م محسوب می شود.

جواز یا حرمت انتقال جنین به رحم زن بیگانه هر یک قائلینی دارد در مورد جواز عمل مزبور باید گفت که گرچه در ق.م ایران با سایر قوانین حکم صریحی در این زمینه وجود ندارد اما برابر ضوابط عقلی و اصول حقوقی اگر امری را قانون منع نکرده باشد و مخالفتی نیز با نظم عمومی و اخلاق حسنه نداشته باشد مباح است، لذا باید گفت اندیشمندان و اساتید حقوق تقریباً در این زمینه وفاق دارند. (صفایی، ۱۳۷۷ش، ص ۲۰)

در بین فقها نیز آیت الله بهجت، خامنه ای، مکارم و محمد مؤمن عمل فوق را جایز می دانند. (مؤمن، ۱۳۷۴ش، صص ۷۲-۷۵) اما قائلین به حرمت با استناد به آیه ۳۰ سوره نور و آیه ۱ سوره مؤمنون معتقدند که زن و مردی که زن و شوهر نباشند حق ندارند آلت تناسلی خود را در اختیار یکدیگر، از جهت امورات جنسی قرار دهند همچنین از آیات ۲۹ و ۳۰ سوره معارج نیز استفاده کرده و تأکید فراوان بر حرمت تلقیح مصنوعی و قراردادن جنین در رحم زن علی الخصوص در رحم زنان عاریتی دارند. (صمدی اهری، ۱۳۸۲ش، ص ۱۲۸-۱۲۹)

آیت الله یوسف صانعی، فاضل لنکرانی، نوری همدانی نیز عمل فوق را حرام می دانند و آیت الله سیستانی در صورت درخواست و اجازه ثالث و با اجازه شوهرش آن را جایز می داند . برخی از فقه پژوهان معتقدند که همانطور که زن می تواند سینه اش را اجازه دهد رحمش را نیز می تواند اما رحم چون متعلق حق شوهر است ضرورت اجازه شوهر را می خواهد. (بطحائی گلپایگانی، ۱۳۸۲ش، ص ۳۸۴)

بدین ترتیب ملاحظه گردید که در زمینه جواز و حرمت انتقال جنین به رحم زن بیگانه و اجازه رحم اختلاف نظر وجود دارد و حکم صریحی در شرع و عرف و قوانین ایران در این زمینه ملاحظه نمی گردد از این رو می بایست با توجه به قواعد کلی حقوقی حکم صادر گردد به نوعی که حقوق زوجین نابارور را مخدوش نسازد . در حقوق ایران به استناد مواد ۱۰ و ۲۱۹ ق.م و اصل حاکمیت اراده چنین

قراردادی معتبر است ولی بهتر است که شرایط خاصی به موجب قانون یا به صورت شرط ضمن عقد در راستای اجرای بهتر این قرارداد پیش بینی شود، به علاوه لازم به ذکر است که چنین قراردادی حریت و قداست زن را سلب نخواهد کرد والا حاملگی از شوهر نیز با مشکل مواجه خواهد شد (پژوهشکده ابن سینا، ۱۳۸۲ش، ص ۲۵۱)

از جهت بررسی وضع حقوقی طفل حاصل از رحم اجاره ای نیز باید گفت که برخی صاحب تخمک را مادر میدانند، برخی صاحب رحم را و برخی هر دو را مادر می دانند به عنوان مثال: آیت الله خوئی نظر دارند که صاحب رحم مادر است، آیت الله بهجت صاحب رحم را مادر می داند و نسبت به صاحب تخمک احتیاط می نمایند، آیت الله خامنه ای کودک را ملحق به صاحبان نطفه می کنند و نسبت به صاحب رحم احتیاط می نمایند، آیت الله فاضل لنکرانی فرزند را ملحق به صاحبان نطفه میدانند و صاحب رحم را مادر عرفی می گیرند و آیت الله مکارم صاحبان نطفه را پدر و مادر طفل می داند و صاحب رحم را مادر رضاعی و محرم وی می گیرند. به هر تقدیر مشاهده می گردد که در این باب اختلاف زیادی به چشم می خورد و نظر قاطعی یافت نمی شود اما در هر صورت نظریه دو مادری بهتر و جامع تر به نظر می رسد اما در این مورد که مادر اجاره ای مادر نسبی است یا رضاعی نمی توان به طور قطع اظهار نظر نمود ولی مسلماً می توان قائل به محرمیت و رابطه مادر و فرزندى بین آنها شد.

۲-۴- اهدای جنین و گامت از لحاظ حقوقی

در کشورهای در حال توسعه که غالب کشورهای اسلامی نیز در این زمره قرار دارند قانون و مقررات خاصی برای اهدای جنین و گامت تدوین نشده است و برخی کشورها فاقد قوانین خاص بوده ولی طرحها و لوایح قانونی را در حال تنظیم دارند و یا آن که در بعدی از ابعاد، قوانینی را تدوین نموده اند. جمهوری اسلامی ایران با تدوین قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور (مصوب ۱۳۸۲/۴/۲۹) قانونی را در پنج ماده به تصویب رسانده که تنها یک روش از روشهای موجود را به تصریح تجویز کرده است.

۱-۲-۴- قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور

ماده (۱) به موجب این قانون کلیه مراکز تخصصی درمان ناباروری ذیصلاح مجاز خواهند بود، با رعایت ضوابط شرعی و شرایط مندرج در این قانون، نسبت به انتقال جنینهای حاصله از تلقیح خارج از رحم زوجهای قانونی و شرعی پس از موافقت کتبی زوجین صاحب جنین به رحم زنانی که پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشکی ناباروری آنها (هر یک به تنهایی یا هر دو) به اثبات رسیده است اقدام نمایند.

ماده (۲) تقاضای دریافت جنین اهدایی باید مشترکاً از طرف زن و شوهر تنظیم و تسلیم دادگاه شود و دادگاه، در صورت احراز شرایط ذیل مجوز دریافت جنین را صادر میکند:

الف - زوجین بنا به گواهی معتبر پزشکی، امکان بچه دار شدن نداشته باشند و زوجه استعداد دریافت جنین را داشته باشد.

ب - زوجین دارای صلاحیت اخلاقی باشند.

ج - هیچ یک از زوجین محجور نباشند.

د - هیچ یک از زوجین مبتلا به بیماریهای صعبالعلاج نباشند.

ه - هیچ یک از زوجین معتاد به مواد مخدر نباشند..

و - زوجین بایستی تابعیت جمهوری اسلامی ایران را داشته باشند.

ماده (۳) وظایف و تکالیف زوجین اهدا کننده جنین و طفل متولد شده از لحاظ نگهداری و تربیت و نفقه و احترام نظیر وظایف و تکالیف اولاد و پدر و مادر است.

ماده (۴) بررسی صلاحیت زوجین متقاضی در محاکم خانواده، خارج از نوبت و بدون رعایت تشریفات آئین دادرسی مدنی صورت خواهد گرفت و عدم تأیید صلاحیت زوجین، قابل تجدید نظر می باشد.

ماده (۵) آئین نامه اجرایی این قانون ظرف مدت سه ماه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارت دادگستری تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

۲-۴-۲- آئین نامه اجرایی نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور

هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۳/۱۲/۱۹ بنا به پیشنهاد مشترک شماره ۶۹۷۷۳ مورخ ۱۳۸۳/۵/۱۰ وزارت خانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دادگستری و به استناد ماده ۵ قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور - مصوب ۱۳۸۲ - آئین نامه اجرایی آن را تصویب نمود.

فصل اول تعاریف و کلیات:

ماده (۱) در این آئین نامه، واژه ها و اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می رود :الف- قانون: منظور، قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور، مصوب ۱۳۸۲، است .

ب- جنین: نطفه حاصل از تلقیح خارج از رحمی زوجهای قانونی و شرعی است که سن آن از مرحله باروری حداکثر ۵ روز خواهد بود. این جنین می تواند به دو صورت تازه و منجمد باشد.

پ- اهدای جنین: واگذاری داوطلبانه و رایگان یک یا چند جنین از زوجهای واجد شرایط مقرر در قانون و این آئین نامه به مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری برای انتقال به زوج های متقاضی دارای شرایط مندرج در قانون.

فصل دوم- شرایط اهدا و دریافت جنین :

ماده (۲) زوج های اهدا کننده باید دارای شرایط زیر باشند:

الف) علقه و رابطه زوجیت قانونی و شرعی

ب) سلامت متعارف جسمی و روانی و ضریب هوشی مناسب (در برخی موارد آئین نامه، توسعه داده شده و از اصل قانون فراتر رفته است، اگر چه نکاتی که اضافه شده است، مناسب بوده است، ولی با اصول و قواعد نگارش آئین نامه و تابعیت آن از متن اصلی، سازگار نیست)

پ) نداشتن اعتیاد به مواد اعتیادآور و روانگردان

ت) مبتلا نبودن به بیماریهای صعب العلاج نظیر ایدز، هپاتیت و ...

تبصره: مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری مکلفند قبل از دریافت جنین از اهدا کنندگان، وجود شرایط مذکور در این ماده را احراز نمایند.

ماده (۳) اهدای جنین باید با موافقت و رضایت کتبی زوجهای اهدا کننده و در مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری، با احراز هویت آنان و به صورت کاملاً محرمانه انجام گیرد.

ماده ۴- زوجهای متقاضی جنین اهدایی باید واجد شرایط مقرر در ماده ۲ قانون باشند (از نظر شیوه قانونگذاری مناسبتر است که شرایط اهدا کنندگان و گیرندگان جنین به علت یکسان بودن هم زمان در ماده ۲ با اضافه کردن قید «و زوجهای متقاضی» بیان می گردید، تا به این وسیله از اطاله کلام و ازدیاد مواد جلوگیری میشد).

ماده (۵) رسیدگی به درخواست دریافت جنین اهدایی، در دادگاه صالح و خارج از نوبت و بدون رعایت تشریفات آئین دادرسی مدنی به عمل می آید. صدور حکم به رد درخواست و عدم تأیید صلاحیت زوجین قابل تجدید نظر است.

فصل سوم- تکالیف و وظایف مراکز مجاز درمان ناباروری :

ماده (۶) مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری مکلف هستند نسبت به موارد زیر اقدام نمایند

الف) نگهداری جنینهای اهدایی از سوی اهدا کنندگان مسلمان و غیر مسلمان به طور جداگانه و رعایت تناسب دینی و مذهبی زوجهای متقاضی با جنین اهدایی در زمان انتقال

ب) دریافت و نگهداری رأی قطعی مرجع قضایی از متقاضی

پ) صدور گواهی و معرفی نامه لازم مبنی بر تأیید سلامت جسمی و روانی برای متقاضیان دریافت جنین طبق مقررات قانون و این آئین نامه

ت) دریافت، نگهداری و انتقال جنینهای اهدایی در شرایط کاملاً محرمانه تبصره: اطلاعات مربوط به جنینهای اهدایی، جزو اطلاعات به کلی سری طبقه بندی میشوند.

ماده (۷) صدور گواهی عدم توانایی باروری و همچنین توانایی زوجه در زمینه دریافت و نگهداری جنین، پس از انجام آزمایش های دقیق پزشکی در صلاحیت مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری است.

فصل چهارم: شرایط لازم جهت دریافت، نگهداری و انتقال جنین:

ماده ۸) هر یک از مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری، میتوانند طبق دستورالعملهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بانک جنین دایر نمایند. این بانک مسؤول دریافت و نگهداری جنین و انتقال آنها به زوجین نابارور طبق مقررات مندرج در قانون و این آئین نامه است.

ماده ۹) مرکز مدیریت پیوند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است طبق دستورالعملهای وزارت یاد شده نسبت به دریافت، نگهداری و انتقال جنین، نظارت دقیق اعمال کند.

ماده ۱۰) ارائه مدارک و اطلاعات مربوط به اهدا کنندگان و دریافت کنندگان جنین اهدایی تنها با رعایت قوانین مربوط به حفظ و نگهداری اسرار دولتی و به مراجع قضائی صلاحیتدار مجاز است. اگر چه آئین نامه با تأخیر قابل توجهی پیشنهاد و نهایتاً به تصویب رسیده است، ولی با ورود به جزئیات بیشتر، موارد مبتلا به را تبیین نموده و تا حدود زیادی در زمینه اهدای جنین، مشکلات قانونی مرتفع شده است.

۳-۷-۴- بررسی تلقیح مصنوعی خارج از رحم با اسپرم شوهر

به علت اختلالات در نعوظ و یا بیماریهای مربوط به انزال و یا بیماریهای مقاربتی و یا علل دیگر، اگر چه مرد قادر به تولید اسپرم سالم است، ولی امکان انتقال آن به مهبل وجود ندارد یا آن که به دلیل اشکالاتی که در ساختمان مهبل یا رحم زن وجود دارد لقاح طبیعی از راه مواقعه ممکن نبوده و بایستی به وسیله ابزار پزشکی و در آزمایشگاه، لقاح مصنوعی انجام پذیرد.

هرگاه شوهر نتواند با زن نزدیکی نموده، از طریق عادی صاحب فرزند شود ولی عقیم نبوده و نطفه اش نیز دارای ماده حیاتی باشد، ممکن است تلقیح مصنوعی با نطفه شوهر انجام شود و از این طریق طفلی به دنیا آید. این طفل بی شک ملحق به شوهر (صاحب نطفه) و زن (مادر) خواهد بود و نسب او باید مشروع تلقی شود. زیرا تمامی شرایط نسب قانونی و مشروع در اینجا وجود دارد و مانعی برای الحاق طفل به پدر و مادر طبیعی خود نیست. به تعبیر دیگر، برای الحاق طفل به پدر و مادر، خصوصیتی در نزدیکی نیست و اگر قانونگذار در مواد ۱۱۸۵ و ۱۱۵۹ قانون مدنی [از نزدیکی سخن گفته، به اعتبار این است که معمولاً عمل مزبور موجب انعقاد نطفه میشود. پس هرگاه نطفه شوهر با وسیله ای جز نزدیکی وارد رحم زن شود و از ترکیب اسپرم شوهر با تخمک زن فرزند پدید آید، ملحق به صاحب نطفه و مادر است (صفایی و امامی، ج ۲).

یکی از اساتید حقوق با تکیه بر عرف، معتقد است: به طور کلی عرف، طفل را فرزند صاحب نطفه میشناسد و بین او و طرفین نطفه رابطه نسب برقرار مینماید، خواه انتقال نطفه مرد به رحم زن از راه طبیعی باشد یا از طریق مصنوعی (حتی در مورد زنا هم عرف، طفل را به صاحب نطفه ملحق میکند، النهایه قانون در اینجا نظر عرف را رعایت نکرده است) و نیز مادهای وجود ندارد که نظر عرف را در این مسأله انکار نموده باشد. لهذا باید بر آن بود که در این مورد رابطه نسب بین طفل و زوجین صاحب نطفه

برقرار میگردد و طفل ملحق به آن دو میباشد. وی در بررسی مواد ۱۱۵۸، ۱۱۵۹ و ۱۱۶۰ قانون مدنی، قید نزدیکی را به عنوان فرد شایع تلقی نموده و معتقد است قانون گذار در مقام بیان حصر رابطه مشروع به آمیزش نداشته است (شهیدی، ۱۳۸۷).

طفل متولد شده طفل قانونی است و تمامی شرایط لازم را برای نسب قانونی دارد و فرقی که مورد لقاح مصنوعی با موارد عادی دارد آن است که در لقاح مصنوعی، طفل به وسیله طبیعی یعنی «نزدیکی زن و شوهر» به وجود نیامده است و این امر، تأثیری در نسب قانونی ندارد. زیرا قانون، نزدیکی را شرط نسب قانونی قرار نداده و به همین جهت است که طفل متولد از تفخیز زن و شوهر منتسب به پدر و مادر است. یکی دیگر از اساتید حقوق با طرح پرسش نقش مقاربت و نزدیکی و دخالت آن در پیدایش نسب معتقد است، با توجه به پاره‌ای از مواد قانون مدنی، هم چون مواد ۱۱۵۸، ۱۱۵۹، ۱۱۶۰ و غیره که در آن کلمه نزدیکی به کار رفته است، چنین استنباط میشود که قانونگذار، خصوصیت دیگری را نظیر انجام رابطه جنسی بین زن و مرد (نزدیکی) برای پیدایش نسب، شرط دانسته است و بنابراین در لقاح مصنوعی نمیتوان حکم بر نسب نمود، زیرا نزدیکی انجام نشده است. در پاسخ باید گفت: اولاً کلمه نزدیکی به عنوان فرد شایع و مصداق معمول بیان شده است و قانونگذار در مقام بیان این نکته نبوده است که ایجاد نسب منحصر به آمیزش و نزدیکی است. ثانیاً، در مواردی که تفخیز یا مساحقه سبب پیدایش اولاد شود، شرع حکم به نسب داده و طفل مولود را به صاحب نطفه ملحق دانسته است (روشن، ۱۳۸۶).

یکی از اساتید حقوق در این خصوص با بیان نظر فقهی آورده است: تلقیح مصنوعی با نطفه شوهر، امروزه مشکل حقوقی و شرعی ندارد و از لحاظ نسب و آثار و تبعات متفرع بر آن مشکلی ایجاد نمیکند. بجای آن که به این ترتیب پدید می‌آید، متعلق به زن و شوهر است و همه آثار مربوط به نسب صحیح و مشروع بر آن بار میشود. عمل مزبور علی‌الاصول فاقد جنبه کیفری و ماهیت جرم و حرمت شرعی است. مگر این که در طریق اعمال این روش، عمل حرام و یا احیاناً جرم صورت گیرد که فقط همان عمل، جرم یا حرام است و تأثیری در اصل صحت عمل ندارد (مهرپور، ۱۳۷۶).

با عنایت به بررسی حقوقی که در موضوع لقاح مصنوعی با اسپرم شوهر صورت گرفت مشخص میگردد در حقوق موضوعه اگر چه قانون در خصوص آن ساکت است، ولی مبنای آن مشروعیت فرزند حاصل از لقاح مصنوعی است و بین حقوقدانان نظر مخالفی مشاهده نمیشود.

۴-۷-۴- بررسی تلقیح مصنوعی با اسپرم اجنبی

به علت آن که اسپرم فاقد قدرت باروری است، تخمک با اسپرم مرد اجنبی تلقیح میگردد که این نوع لقاح را D.I.A میگویند که به روش F.V.I انجام میپذیرد. این روش از ابتدای پیدایش، با مخالفت‌های جدی روبرو بوده است، تا جایی که برخی آن را از مصادیق زنا دانسته و حتی در سال ۱۹۲۱ میلادی،

دادگاهی در کانادا آن را زنا تلقی نمود. کلیسای کاتولیک نیز قویاً عمل را رد کرده و آن را غیر اخلاقی اعلام نموده است. تا جایی که در سال ۱۹۵۸ میلادی، یک دادگاه اسکاتلندی رأی داد که زنا فقط با تماس بدنی مصداق پیدا میکند و D.I.A زنا محسوب نمیشود و نهایتاً نمایندگان نهمین کنگره بینالمللی حقوق جزا در سال ۱۹۶۴ میلادی در هلند اظهار داشتند تلقیح مصنوعی چون متضمن مقاربت مرد و زن نیست، رابطه نامشروع محسوب نمی‌گردد (امامی، ج ۲).

با توجه به آن که قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور به تصویب رسیده است، جنین‌های حاصله از تلقیح خارج از رحم زوج‌های قانونی و شرعی پس از طی تشریفات مندرج در آن قابل انتقال به رحم زنانی است که پس از ازدواج و انجام معاینات پزشکی ناباروری آنها مسلم است. لیکن باید دید، چنانچه مقرر باشد، صرفاً از اسپرم مرد اجنبی استفاده شود، با توجه به سکوت قانونگذار در این خصوص حکم چیست؟ یکی از اساتید حقوق با بررسی مبانی، معتقد است: به دلیل این که آیات و اخبار وارده که بر حفظ شرمگاه، اعم از نگاه، مقاربت، ریختن نطفه غیر و یا قرار دادن نطفه غیر در آندالت دارد، حرمت قابل استنباط است و چون حرمت مستنبط عام و فراگیر است پس هر طریقی را چه آمیزش باشد یا تلقیح در بر میگیرد، در نتیجه راهی برای اجرای اصول برائت و اباحه باقی نمی‌ماند، تا قائل به جواز شویم. لذا این روش ممنوع است و فقها نیز بر ممنوعیت آن نظر داده اند. لیکن باید به این نکته توجه داشت که در صورت مجاز شدن اصل عمل، از دادن اسپرم و تخمک ناشناس به زن و شوهر عقیم طالب فرزند باید خودداری شود. دهنده نطفه و گیرنده آن باید مشخص باشند تا از اختلاط نسل و نسب جلوگیری شود (روشن، ۱۳۸۶).

برخی از حقوق‌دانان معتقدند نسب طفل ناشی از D.I.A مشروع نیست: آنچه سبب انتساب طفل به پدر و مادر میشود رابطه زوجیت بین آنان یا اعتقاد به وجود چنین رابطهای است و بنابراین در هر موردی که این عامل اصلی وجود نداشته باشد، خواه دلیل آبستنی زن نزدیکی نامشروع (زنا) باشد یا سایر تماسهای بدنی (مانند تفخیز) یا تلقیح مصنوعی، باید نسب را نامشروع دانست و بر عکس در هر جا که رابطه زناشویی با شبهه محقق باشد، به هر وسیله‌ای که زن آبستن شود، نسب مشروع است که دیگر از اساتید حقوق معتقد است: ملاک در نفی نسبها این است که طفل از ترکیب دو نطفه زن و مرد اجنبی پیدایش یابد. یکی دیگر از اساتید حقوق با استناد به آن که در زنا نسب وجود داشته و ارث به دلیل خاص از احکام نسب خارج شده است، اثبات نسب را از حیث شرع، لغت، عرف و قانون قابل اثبات دانسته است (شهریاری، ۱۳۸۶).

به هر حال غالب حقوق‌دانان نسب قانونی را در طفل ناشی از D.I.A محقق دانسته‌اند. اگر بر این عقیده باشیم که منظور از واژه مشروع از نظر زبان حقوقی، چیزی است که قانون آن را منع نکرده باشد و به همین ترتیب واژه نامشروع را در حقوق خلاف قوانین جاری کشور معنا کنیم از نسب قانونی طفل

میتوان نسب مشروع وی را نتیجه گرفت و در نتیجه حکم به مشروع بودن طفل متولد از وضعیت D.I.A داد. با توجه به آن که در ماده ۱۱۶۷ قانون مدنی، زنا استثنا شده است، با توجه به اصل تعمیم قدر متیقن و تفسیر مضیق نمیتوان موارد D.I.A را در استثنا داخل نمود. فلذا باید گفت نسب طفل متولد از D.I.A قانونی است (روشن، ۱۳۸۶).

۵-۲-۴- بررسی حقوقی اهدای تخمک و جنین

در این مبحث به بررسی حقوقی اهدای تخمک و جنین به تفکیک پرداخته و با توجه به آن که تخمک متعلق به غیر بوده و اسپرم از شوهر قانونی است لذا بخش مهمی که رابطه نسبی با شوهر است، برقرار می‌باشد و با توجه به قانون اهدای جنین به زوجین نابارور به طریق اولی رابطه قانونی با مادر تنظیم و زوجین به عنوان پدر و مادر طفل تلقی خواهند شد.

۱- اهدای تخمک:

در صورتی که زن فاقد تخمک باشد یا آن که رحم زن قدرت تلقیح را نداشته باشد، تخمک زن با وسایل مخصوصی اخذ و پس از کشت در محیط آزمایشگاهی و لقاح با اسپرم و تولید جنین، جنین به رحم زن صاحب تخمک یا متقاضی منتقل می‌شود. با توجه به مباحث پیشین از ذکر مجدد حالات مختلف و تحلیل آن خودداری میشود

۲- اهدای جنین

اگر جنین متشکل از اسپرم زوج و تخمک زن بیگانه باشد، از آن جایی که در این فرض اسپرم مربوط به زوج بوده است و صرفاً تخمک بیگانه است و سپس این جنین به رحم زن متقاضی که دارای رابط زوجیت با صاحب اسپرم است منتقل میشود، با توجه به تصویب قانون اهدای جنین که هیچ ارتباطی اجزای متکونه آن با زن متقاضی ندارد، به طریق اولی این نوع تکون از حقوق قانونی برخوردار و خود بخود مشمول آن قانون خواهد بود. در شکل دیگر اگر جنین ناشی از اسپرم و تخمک غیر زوجین باشد، در این حالت اسپرم و تخمک زوجین به دلیلی قدرت باروری ندارد که جنین افراد بیگانه به رحم زن متقاضی منتقل تا در رحم زوجه تکون پیدا کند. در این روش اصولاً از اسپرم و تخمک زوجین قانونی استفاده میشود. این موضوع در بند الف- ماده ۲ قانون اهدای جنین به عنوان یکی از شرایط اهدا کنندگان آمده است. در آمریکا از سال ۱۹۸۳ میلادی برای اولین بار اهدای تخمک صورت گرفت. لیکن در حال حاضر در ایالت‌های فلوریدا، تگزاس و لوئیزیانا قوانین خاص اهدای جنین وضع شده است. در فرانسه انتقال جنین منوط به نازایی محرز است. در بخش ۱۱ قانون مدنی مصوب ۱۹۹۴ میلادی، تحت عنوان احترام به بدن انسان، قوانینی در این خصوص وضع شده است. در انگلستان در سال ۱۹۹۰ میلادی مقررات کاملی برای استفاده از جنین و تخمک اشخاص ثالث وضع شده است. قوانین

مصوب انگلستان در خصوص اهدای تخمک و جنین به نظر دارای جامعیت بوده و تقریباً به تمامی ابعاد اهدا، اهدا کنندگان و اهدا شوندگان پرداخته است [۸] در ایران در تاریخ ۱۳۸۲/۴/۲۹ قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور به تصویب رسید و بر اساس ماده پنج آن مقرر بود که تا ۳ ماه آئین نامه اجرایی آن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارت دادگستری تهیه شده و به تصویب هیأت وزیران برسد. ولی بالأخره با حدود ۱۳ ماه تأخیر تهیه شده و در ۱۳۸۳/۱۲/۱۹ به تصویب هیأت وزیران رسید. در این قانون ضمن تأکید بر رعایت ضوابط شرعی باید جنین نیز دارای تکیه شرعی بوده و از سوی دیگری به زوجین قانونی و شرعی نیز قابلیت اهدا دارد. با ذکر ویژگیهای مندرج در بند الف ماده ۲ و احراز آن توسط دادگاه تلاش شده است تا از احتمال سوء استفاده و یا رها شدن طفل متولد در جامعه جلوگیری شود. ضمن آن که مسأله تابعیت نیز مد نظر بوده است. تعیین وظایف و تکلیف والدین، جنین و کودک به مثابه سایرین از نکات مثبت و مورد توجه قانونگذار است. لیکن در آینده مسائلی از قبیل دیه سقط در اولین روزهای انتقال، تولد و پس از آن، ولایت در نکاح، قتل و دماء، حق قذف و... مطرح خواهد شد. اگر چه بنا بر مبانی پذیرفته شده بتوان پاسخ لازم را از اصول، عموم و اطلاقات را به استناد این قانون و اصل ۱۶۷ قانون اساسی و آرای مشهور ارایه نمود، به نظر میرسد آئین نامه در مواردی توسعه داده شده که این شیوه نگارش با اصول و لزوم تبعیت آئین نامه از متن اصلی مغایر است. ضمن آن که آئین نامه دارای تکرار ممل در ماده ۴ نیز میباشد (معمدی، ۱۳۹۳).

۸-۴- نارسایی های قانونی باروری مصنوعی

در کشور ما بر مبنای قانون نحوه اهداء جنین به زوجین نابارور مصوب ۱۳۸۲/۴/۲۹ و آیین نامه اجرایی آن مصوب ۱۳۸۳/۱۲/۹ در درمان ناباروری با انتقال جنین های تشکیل شده از نطفه زوج های قانونی و شرعی در خارج از رحم با شرایطی مجاز است. به موجب ماده ۱ این قانون: «کلیه مراکز تخصصی درمان بیماران نابارور ذی صلاح مجاز خواهند بود با رعایت ضوابط شرعی و شرایط مندرج در این قانون نسبت به انتقال جنین های حاصل از تلقیح خارج از رحم زوجهای قانونی و شرعی پس از موافقت کتبی زوجین صاحب جنین به رحم زنانی که پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشکی، ناباروری آنها (هر یک به تنهایی یا هر دو) به اثبات رسیده اقدام نمایند.

مراکز مذکور در صورت موافقت و رضایت کتبی زوج های اهدا کننده و تسلیم جواز دریافت جنین از دادگاه خانواده از طرف زن و شوهر متقاضی (مواد ۲ و قانون و ۳ تا ۵ آیین نامه) می توانند به درمان ناباروری اقدام کنند قانونگذار ایران در این قانون فقط حالت خاصی از درمان ناباروری را پیش بینی کرده و حالت های دیگر آن به ویژه بهره مندی از رحم جایگزین (رحم دیگری) برای پرورش جنین را

از قلم انداخته است. همچنین از ورود به محل نزاع فقها پیرامون جواز یا حرمت استفاده از طرق متفاوت تلقیح مصنوعی اجتناب نموده است. در واقع باید گفت به استناد اصل ۱۶۷ قانون اساسی به جهت سکوت قانونگذار و عدم دخالت در این حوزه در غیر از موارد منصوص قانون نحوه اهدای جنین که البته به هیچ وجه جامع نیست، می بایست به آراء فقها مراجعه شود و این وضعیت هنگامی وخیم تر می شود که آراء فقها نیز به شدت متعارض و متضاد می نمایند و این درست همان بحرانی است که این روزها زوجین نابارور با آن رو به رو می شوند. ای جدا از وضعیت نامشخص حقوقی اطفال ناشی از باروری مصنوعی اعم از ارث، نسب و محرمیت به خصوص در مواردی که نزد فقها نیز نمی توان به نظر واحدی دست یافت، نخستین گام در تدوین مقررات و تنظیم فعالیتهای این حوزه ارائه تعریف قانونی شفاف از عناوین و موضوعاتی است که در استعمال روش های نوین باروری کمکی به کار می روند موضوعاتی چون نطفه، اسپرم، تخمک، زایگوت، رویان و جنین از جمله موضوعاتی است که باید به دقت توسط قانونگذار تعریف گردد، چنانچه مروری بر قوانین دیگر کشورها حاکی از این است. قانونگذار انگلیسی در ماده ۱ قانون ۱۹۹۰ به تعریف این اصطلاحات پرداخته است در قانون ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا نیز این اصطلاحات تعریف شده است. همچنین شایسته است مفهوم، شرایط و طرق ذخیره سازی و نگهداری همچون ماده ۲ قانون ۱۹۹۰ قانون انگلستان بیان شود تا کمی از ابهامات موجود کاسته شود همچنین وقت آن فرا رسیده که قدر متیقن نظرات فقها که مبتنی بر اصول و اخلاق نیز می باشد به قانون راه یابد تا زوجین نابارور با حداقلی از حقوق خود آشنا گردند و تا حدودی از ابهامات این حوزه نزد آنان کاسته شود. در واقع قانون ما نیازمند این است که اعمال مجاز و ممنوع در آن شناسایی و معرفی گردد و همچنین شرایط استفاده از اعمال جایز در آن به طور آشکارا بیان گردد. چنانچه در قانون ۱۹۹۰ انگلیس این موارد به طور صریح بیان شده است. در حقوق ایران، متأسفانه قانونگذار وضعیت را روشن نموده، و در عوض نویسندگان فقهی و حقوقی و مراجع تقلید در مقام پاسخ به استفتائات، دیدگاه های خویش را ابراز داشته اند که مروری بر این آراء در قسمت قبل اختلاف فاحش میان این نظرات را نشان داد فلذا با توجه به ابهام موجود دیگر نمی توان سکوت قانون را پذیرفت و آن را مخل حقوق حقه اشخاص نخواند.

همچنین قانون ما می بایست به سؤالات پیچیده ای که این روزها نزد مراکز درمانی و درمانگران مطرح گردیده و هیچ موضع مشخصی از سوی فقها نسبت به آنها اتخاذ نگردیده پاسخ دهد. به عنوان مثال: آیا انتقال گامت افراد مرده به رحم خواه قبل از ترکیب یا پس از ترکیب و لقاح با گامت دیگری به منظور تولید مثل چه وضعیتی دارد؟ انتقال گامت تولیدی کودکان قبل از بلوغ و سن رشد چه وضعیتی دارد؟ از استفاده از گامت، زایگوت و جنین متعلق به غیر مسلمان برای مسلمان و بر عکس چگونه است؟ آیا انتقال گامت یا جنین حاصل از گامت موجودات غیر انسانی به انسان رواست؟

اختلاط گامت، زایگوت و جنین چند انسان با یکدیگر و یا زایگوت و جنین حاصل از چند انسان با هدف تولید فرزند چه وضعیتی دارد؟ آیا اختلاط گامت تولیدی حیوان با گامت تولیدی انسان و یا زایگوت و جنین تولیدی حیوان با انسان جایز است؟ آیا پرداخت و دریافت وجه در ازاء اهداء گامت و زایگوت و جنین رو است یا خیر؟ در صورت جواز، تحت چه عنوان قابل پرداخت یا دریافت است؟ برای چه مدت و تحت چه شرایطی نگهداری اسپرم و زایگوت و جنین رواست؟ از بین بردن این موجودات چه وضعیتی دارد؟ تحت چه شرایطی می توان آنها را از بین برد؟ چه تعداد زایگوت یا رویان در هر سیکل درمان باروری قابل انتقال است؟ حداقل و حداکثر قانونی چه تعداد می باشد؟ در صورت لانه گزینی چندین جنین آیا تقلیل آن جایز است؟ تحت چه شرایطی و تا چه مدت زمانی این عمل ممکن است؟ آیا اساس انتخاب جنس کودک دلخواه جایز است یا خیر؟ در صورت جواز تحت چه شرایطی و کدام نوع آن و در چه مرحله ای جایز می باشد؟ چه نوع رابطه حقوقی فی ما بین گامت، زایگوت و جنین و تولید کنندگان آنها وجود دارد: آیا اموال آنها محسوب می شوند یا همانند دیگر اعضا و اجزاء بدن تحت تصرف آنان می باشد و یا اساساً در حکم انسان بالقوه بوده و تابع احکام انسان بالقوه می باشد؟ و سؤالات بی شمار دیگری که در این حوزه مطرح و بی پاسخ مانده است. دیگر اشکال بزرگ قانون ما نامشخص بودن وضعیت حقوقی اطفال حاصل از این روشهاست. هدف مهم تکنیک های رایج باروری کمکی تولید فرزند است. بنابر این تعیین سرنوشت ایشان مهمترین مسأله در این گونه مباحث است. به همین جهت در قوانین موضوعه کشورهای پیشرو قانونگذار صریحاً وضعیت حقوقی آنان را مشخص و مسئول اداره امور کودک حاصل از این روشها را معین می سازد. نخستین پرسش در این خصوص مشروعیت نسب و تعیین پدر و مادر قانونی است. در صورتی که کودک محصول اسپرم و تخمک زن و شوهر باشد مشکلی وجود ندارد، اما اگر کودک محصول اسپرم بیگانه، تخمک زنی دیگر و زایگوت و جنین حاصل از گامت دیگری باشد چگونه پدر و مادر قانونی را باید تعیین نمود؟ از این گذشته، مسئولیت کودک مزبور با کدام است: صاحبان نطفه، در حالیکه آنان فقط اسپرم، تخمک، زایگوت و جنین اهداء کردند و هیچ انگیزه ای برای فرزنددار شدن نداشتند، یا دریافت کنندگان نطفه و جنین؟ رابطه شرعی آنان با این افراد چگونه است؟ آیا با هم رابطه محرمیت دارند یا خیر؟ چه نوع رابطه محرمیتی فیما بین آنان متصور است؟ این پرسش ها اگر چه در ادبیات تحقیق کشور ما با تفصیل قابل ملاحظه ای مورد بحث حقوقدانان و نویسندگان فقهی قرار گرفته ولی همان طور که اشاره شد این اظهار نظرها حاکی از اختلاف نظر فاحش است و صرفاً درمانگران را دچار تشویش و اضطراب نموده است. یکی دیگر از نکات مغفول در قانون ما وضعیت حقوقی توافقات مادر جانشین و شروط مندرج در این قراردادها و سؤالات بی شمار این حوزه است که متأسفانه بی پاسخ مانده است.

حال پس از ترسیم چالش های فقهی و نارسایی های قانونی در قلمرو باروری های مصنوعی وقت آن فرا رسیده که تراحم میان حق باروری زوجین نابارور و چالش های موجود آشکار گردد.

۹-۴- رویارویی با حق باروری زوجین نابارور

قبلاً اشاره شد که حق باروری زوجین می تواند در یکی از قالب های حق آزادی و یا حق ادعا بگنجد که به جهت تشخیص این امر به ترسیم چالش های موجود قبل از هرگونه اظهار نظر پرداختیم. با توجه به آن چه بیان شد باید دید این ابهامات و نارساییها سبب سلب حق زوجین نابارور به طور کلی گشته یا جزئی؟ کلی در علم منطق مفهومی را گویند که قلمرو آن افراد متعدد را فراگیرد و جزئی در مقابل آن، مفهومی است که صادق بر مورد واحد باشد. (جعفری لنگرودی، ۲۰۰۹م، ص ۵۸۳)

البته متابعت محض از این تعریف منطقی منجر به پیدایش نتیجه ای خواهد بود که وسعت سلب توانایی باروری به طور کلی را بسیار گسترده و بر عکس دامنه سلب توانایی باروری به طور جزئی را کاملاً محدود سازد. این برداشت لغوی و تجربیدی در علم حقوق کاربردی ندارد، واقعیات بیرونی در علم حقوق مورد توجه جدی بوده و در این علم راه حل های میانه و عادلانه ای جستجو می شود که پاسخگوی تمایلات، نیازها و اقدامات عملی مردم در اجتماع باشد. به نظر نمی رسد که حق باروری زوجین نوعی حق ادعا به شمار آید بلکه بیشتر به صورت آزادی رخ می نماید. چنانکه گفتیم، حق در جایی مطرح می شود که کرامت ذاتی و فاعلیت اخلاقی انسان در خطر باشد. دلیل موجهی در دست نیست که نشان دهد عدم داشتن فرزند می تواند هویت انسانی فرد، یعنی کرامت ذاتی و فاعلیت اخلاقی او را با توجه به عناصر مختلفی که در گذشته آمد به مخاطره افکند. مگر اینکه وضعیت فعلی و چالش های موجود حق باروری زوجین را به طوکلی سلب نماید یعنی زوجین در غیر توسل به موردی که جایز شناخته نشده و یا محل نزاع فقها به جهت قواعد شرعی و بنیادهای اخلاقی می باشد امکان بچه دار شدن نداشته باشند در این صورت می توان گفت فاعلیت اخلاقی ایشان زیر سؤال رفته و می تواند نوعی ادعا محسوب گشته و جامعه و دولت را مکلف به ادای حق نماید. اما در فرضی که امکان بچه دار شدن زوجین از طرق جایز و مباح که چندان محل اختلاف نیست باشد، نمی توان گفت صرفاً به جهت ممنوعیت استعمال برخی طرق و یا ابهام در قانون و آراء فقها سلب حق به طور کلی صورت پذیرفته، بلکه در این موارد حق باروری زوجین به جهت سلب حق جزئی صرفاً نوعی آزادی است. لازم به ذکر است که همه این مباحث ناظر به جایی است که بنیادهای اخلاقی در آن حوزه قوام داشته و محل اجماع فقها مبنی بر حرمت نیز نباشد. در غیر این صورت نه می توان برای افراد، ادعا و نه حتی هرگونه آزادی در زیر پا گذاشتن اصول اخلاقی قائل شد. ماه تاریخیچه قانونگذاری کشورهای پیشرو همچون انگلستان در این حوزه نشان می دهد که قوانین موضوعه در این حوزه محصول مطالعات گسترده چند سویه است.

به عنوان مثال در حقوق انگلیس پس از ظهور و رواج استعمال روش های باروری کمکی و بروز مسایل ناشی از آنها و موضع گیری های متفاوت از سوی محافل دینی، اخلاقی و حقوقی و قضایی، در جولای سال ۱۹۸۲م. کمیته ای متشکل از متخصصین و کارشناسان حوزه های متعدد علوم انسانی و پزشکی و سرپرستی خانم ماری وارناک با هدف ارزیابی مسایل و نظام حقوقی موجود و ارائه پیشنهادهای لازم به منظور تدوین قانون جامع و مناسب تشکیل شد. کمیته مزبور پس از دو سال مطالعه و تحقیق و بررسی دیدگاه های صاحب نظران، پیشنهادهای خویش را در سال ۱۹۸۴م. منتشر ساخت. متعاقباً قضات و حقوقدانان و دیگر صاحب نظران مقالات متعددی پیرامون آن نوشته و محاکم هم فرصت یافته تا در برخی موارد به اظهار نظر قضایی بپردازند. محصول این اظهار نظرها تدوین لایحه قانونی در سال ۱۹۸۷م. توسط وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی و تقدیم آن به مجلس عوام انگلیس بود. به دنبال گفتگوهای طولانی و پس از چند سال اظهار نظر و مباحثات داغ پیرامون آثار و پیامدهای اجتماعی، اخلاقی لایحه مزبور سر انجام مجلس عوام انگلیس در اواخر سال ۱۹۹۰م. قانون نسبتاً جامع با حدود ۵۰ ماده تصویب نمود. (جعفرزاده، ۱۳۷۹ش.، ص ۱۵).

۱۰-۴- جمع بندی

در قانون اهدای جنین ایران، ضمن تأکید بر رعایت ضوابط شرعی، باید جنین نیز دارای تکون شرعی باشد. با تصویب این قانون تلاش شده است تا از احتمال سوء استفاده و یا رها شدن طفل متولد در جامعه جلوگیری شود. ضمن آنکه مسأله تابعیت نیز مدنظر بوده است. تعیین وظایف و تکالیف والدین، جنین و کودک به مثابه سایرین از نکات مثبت و مورد توجه قانونگذار است. در قانون فعلی ایران و برخی کشورها، اطلاعات مربوط به خانواده اهداکننده جنین باید محرمانه بماند؛ اما برخی در این باره چنین استدلال میکنند که این حق کودک و هر انسانی است که از هویت و گذشته خود اطلاع داشته باشد. بعضی معتقدند: کودک نمیتواند همزمان به دو خانواده دل بستگی داشته باشد و لذا بهتر است خانوادهای را انتخاب کند که در رحم مادر آن خانواده رشد کرده و به دنیا آمده و بزرگ شده است، این موضوع در سنین پایین اهمیت زیادی دارد. همچنین احتمال نیاز کودک به استفاده از اعضای پیوندی در موارد خاص ایجاب میکند که گذشته ژنتیکی کودک به طور کامل نابود نشود؛ چرا که: این اطلاعات به تیم پزشکی پیوند کمک زیادی میکند.

فصل پنجم: نتیجه گیری

۱-۵- مقدمه

طبق بررسی های صورت گرفته نشان می دهد که پیشرفت فناوری در حوزه پزشکی و ابداع روشهای نوین درمان ناباروری، امید را برای گروهی از زوجین که تصور میکردند، هیچگاه صاحب فرزند نمیشوند، به ارمغان آورده است. امکان جداسازی تخمک از بدن زن و باروری آن در آزمایشگاه با اسپرم همسر و انتقال جنین حاصل به رحم، موجب تحولی نوین در علم تولید مثل شده است. رشد و توسعه روشهای لقاح خارج رحمی تا آنجا توسعه یافت که با استفاده از اسپرم یا تخمک شخص ثالث امکان حاملگی برای زوجین محقق شده و این روش به عنوان روشی جایگزین در تکنولوژی تولید مثل مطرح شده، اما استفاده از این روشهای درمانی مستلزم آگاهی زوجین از شرایط و قوانین حاکم بر اهدای گامت یا جنین است. استفاده از روشهای نوین درمانی، موضع گیریهای فرهنگی، اجتماعی، اخلاقی، شرعی و حقوقی زیادی را به همراه داشته و مجوز انجام آن در بسیاری از جوامع و کشورها زیر سؤال رفته است، به گونه ای که عدهای استفاده از این روشها را ممنوع اعلام کردند و بسیاری نیز به دلایل شرعی و قانونی از به کارگیری آنها منصرف شدند. توصیه متخصصان و مسئولین کلینیکهای ناباروری مجاز، به زوجهای نابارور این است که قبل از هرگونه اقدامی در این زمینه با افرادی متخصص و مجرب مشورت کنند تا از ابعاد مختلف درمان آگاه شده و مانع شکلگیری مشکلات آتی شوند. رضایت طرفین، راهکاری ضروری است.

حل مسائل حقوقی و اخلاقی مربوط به استفاده از روشهای نوین باروری، در میان تواناییهای فنی در پزشکی باروری پنهان گشته است و متأسفانه عواقب روانی برای کودک حاصل از این نوع باروری هنوز ناشناخته باقی مانده است.

جمع میان مصلحت فردی دایر بر حفظ آزادی و تکریم شخصیت و مصالح ملی و خانوادگی اقتضا دارد که راه حلی میانه این حوزه انتخاب شود. بدین ترتیب، نه میتوان انسان را به طور کلی آزاد گذاشت و به او اجازه داد که با هر بهانه ای موازین اخلاقی را زیر پا نهاده و با استفاده از هر روشی بدون هیچ گونه محدودیت و هرگونه تعلق شرعی، اخلاقی و قانونی صاحب فرزند گردد و نه میتوان تمایل شخصی انسان را برای داشتن فرزند و استفاده از روشهای نوین علم پزشکی نادیده انگاشت. بنابراین با وجود ضرورت تدوین مقررات جامع و مناسب، از اینرو بر قانونگذار است که با تصویب قانونی جامع و روشن وضعیت نابسامان قانونی موجود را سامان بخشیده و از شتاب زدگی پرهیز نماید. همچنین طرح و برجسته سازی برخی مسایل و غفلت از دیگر مسایل و پرسشها هم غیرقابل توجیه است. درمانهای ناباروری، محصول کاربرد روشهای مزبور در پرتو استمرار و تعمیق تحقیقات در این حوزههاست. هم باید همه روشهای درمانی را مورد توجه قرار داد و هم تحقیقات پیرامون این روشها را. همچنین اهداف کلان حمایتی همچون مصالح خانواده و نیاز عمیق داشتن فرزند از سوی زوجین نابارور میبایست مشخص گردیده و قوانین بر مبنای آن مدون گردد؛ فلذا در تدوین مقررات و منع و جواز باید حق طبیعی این گروه از زوجها را در نظر داشت. همچنین بر فقهاست که با توجه به اهمیت استحکام بنیان خانواده، بر اساس قواعد مسلم فقهی و بنیانهای اخلاقی طی جلساتی به مناظره نشسته و نقاط تاریک قانونی را که رسالت بردوش نهاده آنهاست شفاف ساخته، و قدر متیقن آراء فقهی را بیان و منتشر سازند تا هم احکام و آراء فقهی جایگاه خود را در این حوزه باز یابند و هم خانوادهها از سردرگمی ناشی از آراء متعارض رهایی یابند.

با تصویب قانون و آئین نامه نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور، گام مهمی در تعیین تکلیف مشروعیت این اقدام برداشته شده است و با توجه به این قانون با تنقیح مناط و استناد به اصل ۱۶۷ قانون اساسی با مراجعه به منابع معتبر فقهی، تمسک به اصالة الحل، اصول اباحه، براءت و عدم تفسیر موسع از استثنای توالد و تناسل در زنا، انواع اهدای اسپرم، تخمک و جنین اصولاً دارای مشروعیت هستند. اگر چه در ماده ۳ این قانون وظایف و تکالیف زوجین و طفل از نظر حضانت و نفقه مشخص شده است، ولی مسائلی از قبیل نسب، ارث، ولایت در نکاح، دماء، عاقله و حق حد قذف و ... بدون پاسخ مانده است. با توجه به آن که حتی در زنا رابطه نسبی به رسمیت شناخته شده است، در این جا نیز هر چند که این دو با هم قابل مقایسه نبوده و تفاوتهای فاحشی دارند، باید این رابطه به طریق اولی باعث ایجاد نسب شناخته شده قانونی گردد. در خصوص حرمت شرعی فیما بین مادر صاحب رحم با طفل متولد از طرق مذکور، باید گفت به طریق اولی رابطه حرمتی که در رضاع بوده و ملاکات آن که به نحو قویتری (اشند

العظم و انبت اللحم) در مادر متقاضی جنین و یا گیرنده تخمک وجود دارد، باعث میشود تا این حرمت در این جا نیز قابل شناسایی باشد. خصوصاً آن که عرف نیز وی را به عنوان مادر میشناسد و بعدی نداشته که بتوان رابطه فیما بین طفل و مادر صاحب رحم را تا حد مادر طبیعی ارتقا داد و همان رابطه حقوقی را بین ایشان برقرار نمود.

از طرح کلی مسائل اخلاقی اهدای جنین آشکار شد که بیشترین نگرانیها در مورد این روش درمانی به پیامدهای منفی آن بازمی گردد. این پیامدها مطلوب اولیه درمانگران به روش اهدا یا تصمیم گیران در مورد سیاست گذاریهای درمانی نیست بلکه به صورت ناخواسته و با ترکیب شرایط اجتماعی رخ مینماید. با این حال، میتوان و باید به این پیامدها اندیشید و با نگاهی کل گرایانه در پی حل آنها بود. افزون بر این، گرچه در بررسی مسائل اخلاقی اهدای جنین بیشتر به پیامدهایی نامطلوب توجه میشود که ممکن است این روش درمانی را غیراخلاقی سازد، باید به پیامدهای مثبت آن نیز توجه داشت. به دیگر سخن، رویکرد پیامدگرایانه ما را به توجه به همه پیامدهای مثبت و منفی فرا میخواند. با توجه به اینکه تدوین قوانین و مقررات گذاری مناسب آشکارا بخشی از پیامدهای نامطلوب را حذف یا کم خواهد کرد، به نظر میرسد پیامدهای مثبت کاربرد روش درمانی اهدای جنین، از جمله کاستن از رنج بیماران و حل بخش بزرگی از مسائل خانوادگی زوجهای نابارور و از بین بردن عوارض منفی اجتماعی برای آنان بر جواز اخلاقی استفاده از این روش دلالت میکند. همگام با برگرفتن سیاست گذاریها و خط مشیهای جدید باید تغییر نگاه عرفی به موضوع ناباروری، درمان آن با روشهای جدید از جمله اهدای گامت/ جنین و افراد دخیل در این درمانها به ویژه فرزند حاصل از درمان را به جد گرفت. چنانکه در استدلال مخالفان آشکار بود، نگرش فعلی سبب ایجاد برخی موانع شده است. ارزیابی اخلاقی اهدای جنین نشان میدهد نقادی و اصلاح این نگرش وظیفه سیاست گذاران در زمینه درمان ناباروری است.

از مشکلات اساسی در فرآیند اهدا، لزوم صرف زمان قابل توجه برای بررسیهای مختلف روی اهداکننده و دریافتکننده است. معمولاً پس از بررسی و مشاورههای اولیه، آزمایشهای تشخیصی و معاینات بالینی صورت میگیرد. کاهش درصد قابل توجهی از افراد به دلایل مختلف توسط کلینیک یا انصراف تعدادی از اهداکنندگان از مشکلات این روند تشخیصی - درمانی است. تأسیس بانکی از دواطلبان اهدا نیازمند حمایت و سرمایهگذاری جدی و قاطع مسؤولان مراکز ناباروری است. باید توجه داشت که موفقیت در بررسی و ارزیابی مراکز منوط به ضابطه مند بودن این فعالیتها، دقت نظر و توجه خاص به نتایج آزمایشها و بررسیها و نگرانیهای احتمالی پزشکی است. از طرفی تصویب قوانین و مقرراتی جامع و مانع که ابعاد مختلف باروریهای پزشکی را مورد توجه قرار دهد یکی از ضروریات اساسی است که متولیان نظام سلامت پرداختن به آن را باید وجهه همت خود قرار دهند.

منابع

- باریکلو، علی رضا، (۱۳۹۲) بررسی فقهی قانونی باروری مصنوعی سال ۸۲، نشریه فقه و مبانی حقوق اسلامی سال ۴۶، صص ۱۸۳-۲۰۸.
- بصیری، حمید رضا، گوهری، مریم، اکرمی، سید محمد، (۱۳۹۵) بررسی و تحلیل سلولهای جنسی (گامت) در انسان از منظر قرآن، پژوهشنامه معارف قرآنی سال ۷، شماره ۲۶، پاییز ۱۳۹۵
- حاتمی، علی اصغر، (۱۳۷۸) لقاح مصنوعی از دیدگاه حقوقی، فصلنامه حقوق، شماره ۱۵ و ۱۶،
- ملک زاده، فهیمه، (۱۳۸۷) بررسی مساله لقاح مصنوعی با فقهی رویکرد حقوقی، فقه و حقوق خانواده (ندای صادق) سال سیزدهم
- عظیم زاده اردبیلی، فائزه، معینی فر، محدثه، (۱۳۹۰) بررسی تطبیقی رازداری در اهدای گامت و جنین، پژوهش نامه زنان پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سال دوم، صص ۵۳-۷۷
- نظری، اعظم (۱۳۸۹) بررسی فقهی نسب کودک پدید آمده از تلقیح مصنوعی، فصلنامه تخصصی فقه و تاریخ تمدن، سال ۶، شماره ۲۳
- آخوندی ف محمد مهدی، (۱۳۸۶) آشنایی با لقاح طبیعی، لقاح خارج رحمی و ضرورت استفاده از گامت جایگزین در درمان ناباروری، نشریه پایش، دوره ۶، شماره ۴ صص ۳۰۷-۳۲۱
- نظریه ها، قوانین و مبانی مشروعیت باروری پزشکی، فصلنامه رهنمون، شماره ۲
- محمد، خانی، بررسی فقهی و حقوقی رحم جایگزین با رویکردی بر مبانی امام خمینی (ره) (۱۳۹۰) پژوهشکده امام خمینی (ره) و انقلاب اسلامی
- حاجی عزیزی، بیژن، قفقازی الاصل، شهرزاد، (۱۳۹۴) مطالعه تطبیقی وضعیت نسب طفل متواد از رحم جایگزین در حقوق ایران و آمریکا، فصلنامه پژوهش حقوق خصوصی سال ۴، شماره ۱۲
- وطن خواه، رضا، تلقیح مصنوعی از دیدگاه اخلاق و حقوق کیفری، (۱۳۸۶) فصلنامه حقوق پزشکی، سال اول، شماره اول، صص ۱۳۴-۱۶۴
- صفائی، سید حسین، نارسایی های ایراندر باره اهدای گامت و جنین باتوجه به حقوق تطبیقی، (۱۳۸۶) فصلنامه پایش، سال ششم، شماره ۴، صص ۳۲۹-۳۲۳.
- لطفی، اسداله. (۱۳۹۱)، بررسی و تحلیل نسب کودک حاصل از رحم استیجاری ازدیدگاه فقهی، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران دوره بیست و دوم شماره ۸۸، صص ۱۳۱-۱۱۶.
- امامی، اسد الله، مطالعه تطبیقی نسب در ایران و فرانسه، چاپ اول، تهران، مؤسسه حقوق تطبیقی ۱۳۴۹.
- بهجتی اردکانی، زهره؛ آخوندی، محمد مهدی و شیدفر، فاطمه - (۱۳۸۷)، مشاوره و ارزیابی در جایگزینی رحمی، رحم جایگزین، سازمان مطالعه و تدوین (سمت).

- روشن، محمد - (۱۳۸۶)، (بررسی حقوقی اهدای گامت و جنین، فصلنامه پایش، سال ششم شماره چهارم
الشیخ المفید، محمد بن محمد، تصحیح الاعتقاد.
- صفایی، سید حسین - (۱۳۸۶)، (تولید مثل مصنوعی با کمک پزشکی و انتقال جنین در حقوق فرانسه و
ایران، مجله حقوق دانشکده حقوق و علوم سیاسی (دانشگاه تهران)، شماره ۶.
- عباسی و رضایی، (۱۳۹۱)، مطالعه تطبیقی اهدای جنین از منظر فقه و حقوق پزشکی، فصلنامه حقوق
پزشکی سال ششم، شماره بیست و یکم.
- امامی، اسداله، مطالعه تطبیقی نسب و تغییر جنسیت، نشر ۱۳۹۲، میزان.
- آیین نامه اجرایی قانونی نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور مصوب ۱۳۸۳
- صفائی، حسین؛ امامی، اسداله؛ حقوق خانواده، جلد دوم، نشر دانشگاه تهران، چاپ چهارم، سال ۱۳۸۶
- روحانی، مجله انتقال جنین و گامت در درمان ناباروری، چاپ ۱۳۸۵، سمت
- صمدی، محمد هاشم. (۱۳۹۱)، حقوق و تکالیف فرزندان ناشی از جنین اهدایی، فصلنامه حقوقی آزاد،
دوره ۵، شماره ۱۸.
- خدا پرست و همکاران (۱۳۸۹)، مسائل اخلاقی اهدای جنین، فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۱۲،
شماره ۲.
- نوروزی ع، رمضان زاده ف. (۱۳۸۴)، بررسی قانون اهدای جنین، چالشها و راهکارها. مرکز تحقیقات
بهداشت باروری و لیعصر. دانشگاه علوم پزشکی تهران، فروردین .
- الهام غ. مقررات و آثار حقوقی اهدای جنین. (۱۳۸۳)، خلاصه مقالات اولین کنگره پزشکی قانونی
کشورهای اسلام.
- یزدی محمد. باروری های مصنوعی و حکم فقهی آن. مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۳۷۸، شماره ۱۷ و
۱۸.
- هاشمی و عکاظی (۱۳۹۱)، بررسی باورها و آگاهی زوجین متقاضی اهدای جنین از شرایط طبی و
حقوقی اهدای جنین در ایران، مجله علمی پزشکی قانونی / دوره ۱۳، شماره ۲.
- تقی پور، مبین و شیرین زاد باغبانی، معصومه و شیخ الطائفه، مصطفی، ۱۳۹۸، چالش های فقهی و اخلاقی
استفاده از فناوری های جدید برای درمان ناباروری، ششمین همایش دانشجویی بررسی فرهنگ سلامت از
منظر قرآن و حدیث، تهران.
- صفائی سید حسین، امامی اسدالله، (۱۳۷۶)، حقوق خانواده، چاپ دوم، انتشارات دانشگاه تهران، تهران،
- موسوی جمالی سید علیرضا، (۱۳۸۲)، آثار حقوقی روشهای متنوع تلقیح مصنوعی، گفتمان حقوقی،
فصلنامه دانشگاه علوم اسلامی رضوی.

- نایب زاده عباس، (۱۳۸۰)، بررسی حقوقی روش‌های نوین باروری مصنوعی، چاپ اول، انتشارات مجد، تهران.
- موسوی جمالی سید علیرضا، (۱۳۸۲)، آثار حقوقی روشهای متنوع تلقیح مصنوعی، گفتمان حقوقی، فصلنامه دانشگاه علوم اسلامی ۶
- مهرپور حسین، (۱۳۷۶)، نگرشی به وضعیت حقوقی و شرعی باروری مصنوعی، مجله تحقیقات حقوقی دانشگاه شهید بهشتی
- روشن، محمد. (۱۳۸۶)، بررسی حقوقی اهدای گامت و جنین، فصلنامه پایش سال ششم شماره چهارم.
- طحائی گلپایگانی، سیدهاشم - (۱۳۸۲)، (تحقیقی پیرامون تولد بدون مناکحت، مقاله ارسالی به نخستین سمپوزیوم مسائل فقهی حقوقی انتقال جنین، مجموعه مقالات روشهای تولید مثل انسانی، چاپ دوم، تهران: سمت
- ریاضت، زینب. (۱۳۹۱)، چالش‌های فقهی، حقوقی و اخلاقی تلقیح مصنوعی و رویارویی با حق باروری زوجین نابارور، حقوق پزشکی، دوره ۶، شماره ۲۰.
- بصیری، حمیدرضا و گوهری، مریم و اکرامی، سید محمد، ۱۳۹۵، بررسی و تحلیل سلول‌های جنسی (گامت‌ها) در انسان از منظر قرآن

Abstract :

The application of new medical methods, although significant and dazzling in terms of the development and evolution of this field of human knowledge, but in various fields of ethics, jurisprudence and law has caused questions and sometimes problems that need serious reflection and It is an extensive and comprehensive research. The dissent of jurists, the sanctity of some new methods of artificial pregnancy such as the use of foreign sperm from the perspective of most jurists and the permission to use the perspective of some others, or the use of foreign eggs and breeding in the third womb are among the issues that are contradictory by jurists. And has become lawyers. The main purpose of this study is to study the jurisprudential, legal and ethical challenges of gamete donation and artificial fertility and the couple's reproductive rights. The results of the research show that no human being can be set free in general and he can be allowed to violate moral standards under any pretext and by any means without any restrictions and any religious, moral and legal affiliation. Have a child and one can not ignore the personal desire of man to have a child and use modern methods of medical science. The research method in this research is descriptive-analytical with the use of library and Internet resources.

Key words:

Artificial reproduction , gamete, jurisprudential, legal,ethical



Shahid ashrafi esfahani university of Isfahan

Faculty of law and Theology

Department of law and criminology

Master Thesis in criminal law and criminology

Thesis title

**a sryde of the jurisprudential legal and ethical challenges of
gamete donation and artificial reproduction and couples
reproduction rights**

Supervisor

Dr. Mohamad Mehdi Ahmadi faraz

Advisor

Dr. Mohammad Reza ShadmanfarBy

Student

Safar Ali Raisi Gahroei

September 2021